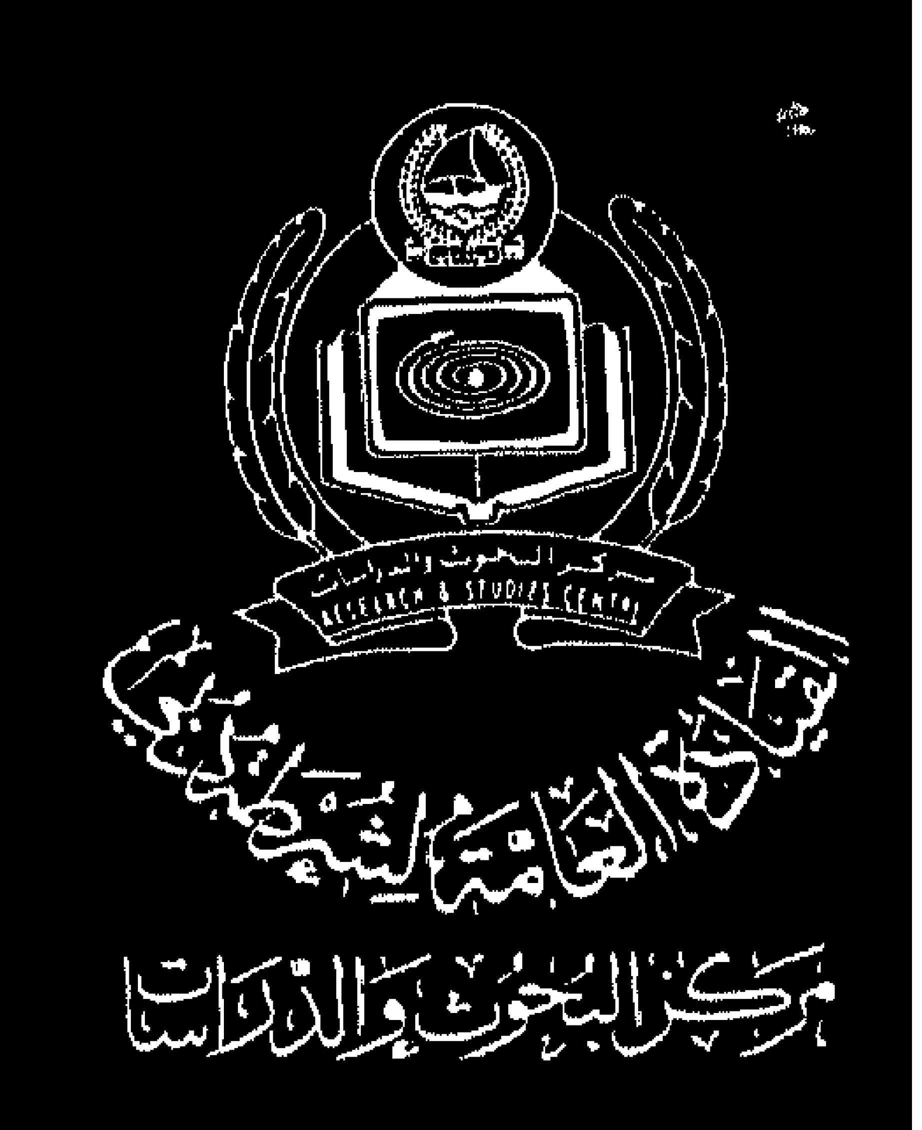
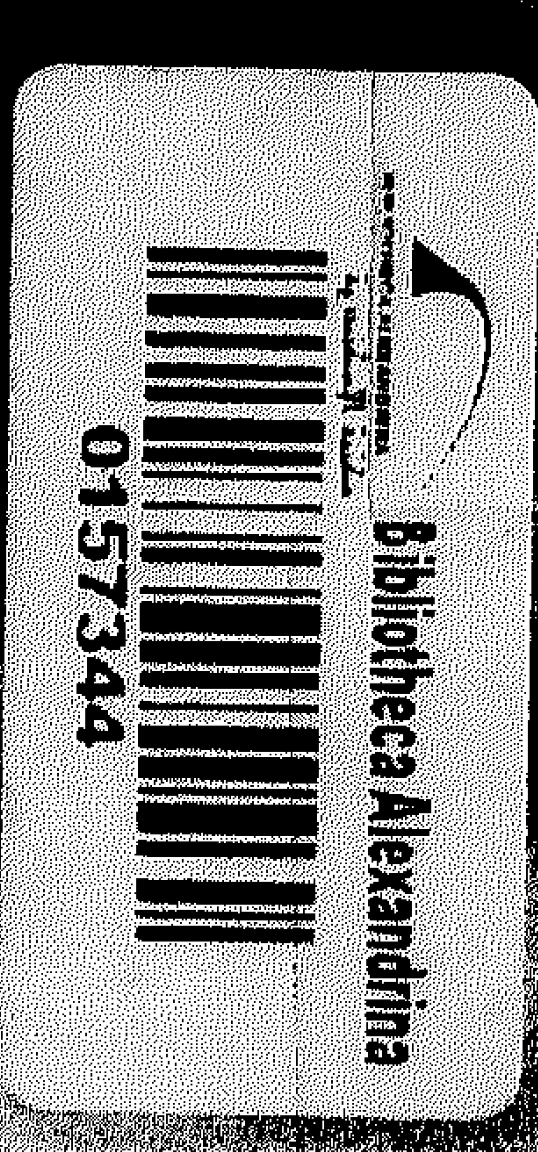


المخدرات والإدمان

(دراسة نفسية ميدانية)



سلطانة عثمان يوسف
باحثة نفسية

دبي ١٩٩٣



المخدرات والإدمان

(دراسة نفسية ميدانية)

سلطانة عثمان يوسف

دبي ١٩٩٣


بسم الله الرحمن الرحيم
﴿ رَبَّنَا آتِنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً وَهَيِّئْ لَنَا مِنْ أَمْرِنَا رَشَدًا ﴾
(صدق الله العظيم)

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين، سيدنا محمد ﷺ، وعلى آله وصحبه ومن اتبع هديه إلى يـوم الدين.

أمـا بـعـد :

فمن دواعي العرفان بالجميل والتقدير أن أتقدم بعميق شكري وامتناني إلى كل من ساعـد في إعداد هذه الـدراسة، سواء بتقـديم المعلومـات والبيانات الـلازمة أو بإعطائي المشورة الضرورية حول بعض نقاط البحث.

وأبدأ بتقـديم وافر الشكـر للقيادة العامـة لشرطة دبي، وإداراتها لما قـدمته من تشجيع وعون، حتى أمكن إخراج هذه الدراسة إلى حيز الوجود.

كما أوجه خـالص التقـدير إلى الـزملاء والـزميلات العـاملين في مركـز البحوث والدراسات لما قدموه من توجيه وإرشاد أسهما في إصدار الكتاب بصورته الحالية.

وكـذلك أوجه شكـراً خـاصاً إلى «مستشفى الأمل لـلأمـراض النفسية» بـدبي، وقسم «الطب النفسي بمستشفى راشد» بـدبي، لما قدماه من بيانـات أثرت المحتوى العلمي للدراسة.

وأخيراً إلى كل من أسهم بجهـد في هذه الدراسـة.. أتقـدم إليهم بخـالص الشكر والامتنان

الـبـاحـثـة....

مقدمة

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من أهم المشكلات الكبرى التي تجتاح العالم بصفة عامة والمجتمع العربي بصفة خاصة، والتي أثارت إهتماما دوليا كبيرا وقلقا عاما إزاء تزايد أعداد الشباب المتعاطي للمخدرات.

ولا بد لهذا القلق أن يتزايد خاصة في الدول العربية التي أصبحت سوقا رائجة لاستهلاك المخدرات والتي أصبح شبابها هدفا لسياسة تدميرية لكل قواها ودفاعاتها الداخلية أولا ومن ثم تحويلها إلى أمساخ بشرية مسلوبة الإرادة. إن الإهتمام بهذه الظاهرة ودراستها تعتبر حاجة قومية ملحة – خاصة في هذه الفترة من تاريخ أمتنا – لإعادة بناء مجتمعاتنا وتنقيتها من المشكلات الحادة التي أعاقت نموها وتقدمها والرقي الإنساني والحضاري لأفرادها. كما أن تمتع أفراد مجتمعنا بالصحة البدنية والنفسية والاجتماعية تعتبر أيضا حاجة قومية، إذ تحمي مكاسبنا الوطنية وتقف خطا دفاعيا ضد أي إعتداء قد يهدد حرياتنا.

والحصول على مجتمع خال من المشكلات والجرائم أمر بعيد المنال، ولكن أن نتمكن من حصر هذه المشكلات والجرائم ونسيطر عليها بحيث لا تتفاقم فتنتشر انتشارا وبائيا، ذلك هو الهدف المنشود لأي مجتمع متحضر واع.

وظروف الحياة في مجتمع الإمارات لها أثر كبير في انحراف الشباب عن السلوك السوي، فمجتمعنا منفتح على العالم بشكل غير منظم، وبدأت تحكم علاقاتنا الأسرية المصلحة، فالأسرة المواطنة تفككت أركانها بحيث أصبح الأب لا يعي دوره وكذلك الأم ومن بعدهم الأبناء.

ونادرا ما نجد بين الآباء متعلمين يدركون متطلبات الشاب النفسية والجسدية،

كما أن القيم المكتسبة لدى معظم الشباب حول العمل قيم مشوهة غير واعية، ومفهومهم لذاتهم فيه قصور شديد إلى جانب كل هذا فإن المقومات المادية التي يمتلكها الكثيرون تساعدهم على تحقيق رغباتهم والتي قد تكون إحداها تجربة المخدر المتوفر بكثرة في الأسواق.

إن ظاهرة تعاطي المخدرات اتفق عليها الجميع في كل دول العالم بأنها انحراف سلوكي، ومسببات هذا الانحراف السلوكي عديدة ومختلفة، فمنها العوامل الحضارية والبيئية السائدة، ومنها العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية. وقد تتعرض مجموعة من الأفراد لنفس تلك العوامل إلا أن بعض أفراد هذه المجموعة قد ينحرفون سلوكيا ويتجهون نحو تعاطي المخدرات بينما لا تنحرف بقية المجموعة، وذلك لأسباب عديدة.

وإقناع الشباب بالامتناع عن تناول المخدرات لا يتم بسن القوانين والعقوبات والضرب على أيدي الآثمين، ولكنه يتم بإشهار سلاح المعرفة فهو خير وسيلة للردع. وحماية المجتمع من الإنهيار والفساد، فالمدمن يشكل عبئا على أسرته وجماعته وأمته، بل قد ينقلب إلى خطر داهم على آدابها وسلامتها العامة.

ولقد تضمنت هذه الدراسة حقائق وأرقام عن حجم ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب في مجتمع الإمارات، وعن الكميات والأنواع التي يتم مصادرتها من قبل رجال الأمن، وعن جنسيات وأعداد ومهن وأعمارمتعاطي وتجار المخدرات، ونسب الزيادة في المخدرات خلال الخمس سنوات الأخيرة، في الدولة ككل وفي إمارة دبي على الأخص.

كما تضمنت الدراسة أيضا حقائق وأرقام من مستشفيات وأقسام الأمراض النفسية بإمارة دبي عن حالات الإدمان التي ترد اليها والتي يتم معالجتها، ورأي المدمنين أنفسهم عن مدى إستفادتهم من الخدمات التي تقدم اليهم فيها.

واهتمت الدراسة كذلك بإجراء مقارنة بين المدمنين وغير المدمنين من حيث مدى

تقديرهم لذاتهم وقوة هذه الذات وقدرتهم على الاندماج في المجتمع ومواجهة كافة التزاماته ومسؤولياته، ومعرفة الدوافع الحقيقية لتعاطي المخدرات، ومعرفة آرائهم حول أسباب التعاطي ومقترحاتهم لحل هذه الظاهرة.

وبذلك يمكن القول أن هذه الدراسة تعتبر محاولة جادة لمعرفة دوافع تعاطي المخدرات عند الشباب في الإمارات، كما أن تناولنا لهذا الجانب يعتبر خطوة على درب الاهتمام العلمي بالمدمن كشخص ينبغي علينا معرفة بنائه النفسي لفهم تلك الظاهرة فهما علميا يتيح في خطوة تالية التحكم فيها والسيطرة عليها بدلا من الاكتفاء بالإدانة الخلقية للمدمنين والتحسر عليهم.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

أهميـة الدراسـة:

تشكل ظاهرة تعاطي المخدرات لدى الشباب في الإمارات مشكلة كبيرة وخطيرة، خاصـــة إذا علمنا أن عـدد الـوافـدين من مختلف الجنسيات يفـوق بكثير عـدد المواطنين. وإذا كان هـذا المجتمع قد اعتمد في بدايـاته على العمالة الـوافدة في تحقيق أهدافه التنموية ومحاولة مواكبة المجتمعـات المتحضرة في كافـة مجالاتها، مستندا في ذلك على نقص الخبرة لدى أبنائه وعدم وجـود الكفاءات المتخصصة بينهم، فإنه قد آن الأوان لهذا المجتمع أن لا يكتفي بتحـويل دفة القيادة لأبنـائه فحسب بل عليه أن يعتمـد على طاقـات شبابـه في كل المجـالات، وإذا كانت هـذه الطـاقات مهـدرة وتتقـاذفها تيـارات الانحـراف المختلفة الـوافـدة على هذا المجتمـع من كـل حـدب وصوب، وإذا لم تكن هنـاك خطة واضحة واعيـة تهدف في الأساس إلى تقديـر فكر الإنسان وتقـدير إنسـانيته، وإذا لم يكن هنـاك برنـامج يستوعب هـؤلاء الشباب ويمنحهم الفـرصة ليشعـروا بأنهم شبـاب منتج يمكن أن يثبت وجوده في الحيـاة بكفاءاتـه وقدراته وليس بمالـه فقط. إذا لم يكن كل ذلك قد وضع في الاعتبـار وبدأ تنفيذه فورا، فإن مشاكل الشبـاب ستزداد والإدمان بينهم سوف ينتشر وسيكون أكثر قتامة.

ولم تكن مشكلـة تعـاطي المخدرات في فترة السبعينـات في الإمـارات تشكل ذلك القدر من الأهمية الـذي تشكله الآن. ولم تكن مثار دراسات جادة لمعـرفة أسبابها، ونقاشـات حامية حول سبل مقـاومتها كما هو عليه الحال منـذ النصف الثاني من الثمانينات تقريبا.

فقد كانت المشكلـة في البداية محصورة في فئة من الـوافدين فقط، ومن الطبقات الفقيرة، كما أن أنـواع المخدرات التي كـان هؤلاء يتعـاطـونها كانت في الغـالب هي

الحشيش. إلا أنه حدث تغير ملحوظ في نوعيات متعاطي المخدرات خاصة مع بداية الثمانينات، حيث انتشرت هذه الظاهرة في المجتمع الإماراتي بصورة تنذر بالخطر.

فبعد أن كان معظم المتعاطين والمدمنين من الوافدين أو عابري السبيل، تغيرت الأحوال وأصبحت هناك نسبة كبيرة من المواطنين ومن صغار السن يتعاطون هذه السموم. وكذلك تنوعت المخدرات وأصبحت تشمل كل أصناف المخدرات المعروفة بدون استثناء.

وبالرغم من أنه لا يمكننا أن نضع تصورا شاملا للقضية لأننا حتى الآن لم نصل إلى إحصائيات متكاملة حول هذا الموضوع لأنها غير متوفرة لدى أية جهة من الجهات الرسمية المتعددة، حيث أن كل جهة من هذه الجهات لديها الإحصائيات الخاصة بها، إلا أنها كلها تشير إلى أن عدد متعاطي المخدرات والمدمنين في الدولة في تزايد مستمر وبصورة مقلقة. خاصة وأن هذه الإحصائيات تكشف عن أن نسبة المتعاطين من المواطنين بدأت تفوق أية جنسية أخرى. والأخطر من هذا أن تعاطي المخدرات شمل الإناث أيضا بما فيهن المواطنات، وهذا بحد ذاته يعطي مؤشرا أخطر.

ومن هنا تبرز أهمية هذه الدراسة التي تتناول شريحتين من الشباب في مجتمع الإمارات. شريحة من الشباب الذي جرفه تيار الانحراف ولم يستطع مقاومته فغرق في بحر الإدمان، وشريحة تمثل فئة من شباب هذا المجتمع الذي تواجهه الكثير من المشاكل والإغراءات يوميا ولكنها إستطاعت حتى الآن أن تصمد أمامها.

وفي ظل كل هذه المتغيرات تأتي هذه الدراسة لتلقي بعض الضوء على مشكلات الشباب في مجتمع الإمارات واحتياجاتهم وأهم العوامل النفسية والاجتماعية التي ساعدت على انتشار المخدرات بينهم.

مشكلة الدراسة :

لقد أصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب في مجتمع الإمارات من الظواهر اللافتة للنظر والمهددة لكيان الأسرة والبناء الاجتماعي للمجتمع.

وتظهر جسامة هذه المشكلة بتدقيق النظر في أبعادها ومجالاتها وأعماقها المختلفة حيث تصل مباشرة إلى أعماق التكوين النفسي والاجتماعي لشباب الإمارات. فإقبال الشباب على تعاطي المخدرات إنما هو انعكاس لما يعانيه هؤلاء من اضطراب وتوتر وقلق يعبرون عنه بالهم والحزن والاكتئاب ويتخففون منه عن طريق تعاطي المخدر.

والمعاناة من الاضطراب والتوتر والقلق تعني أن لهم حاجات وأن هذه الحاجات محبطة أو غير مشبعة، وأنهم لا يجدون وسيلة لإشباع هذه الحاجات سوى تعاطي المخدر، ففيه يجدون الراحة و اللذة (الزائفة)، وكل هذا يعني خفض التوتر. وعلى هذا أصبح المخدر بالنسبة لهم بديلا عن الأهداف الأصلية التي كان المفروض أن يصلوا اليها فيحققوا الإشباع لدوافعهم وحاجاتهم.(١)

ولما كانت أهداف فئة من شباب الإمارات بدأت تتخذ هذا الاتجاه المنحرف، فإن هذا يبرز مشكلة هذه الدراسة والتي تعتبر من أخطر المشاكل التي تواجه شباب الخليج بصفة عامة وشباب الإمارات خاصة.

ومن هذا المنطلق، وبهذا الفهم للمشكلة نجد أنفسنا محاصرين بالعديد من التساؤلات والاستفسارات التي تطرح نفسها متطلبة إجابات محددة عليها.

ونأمل أن تجيب الدراسة الحالية عن هذه التساؤلات التي من أهمها :

١ - هل هناك فروق واضحة بين المدمنين وغير المدمنين في تقديرهم لذاتهم، وتوافقهم مع هذه الذات ومع المجتمع ؟

٢ - هل طول فترة الإدمان يؤدي إلى اضطراب هذه المفاهيم لدى المدمنين، وإلى أي مدى ؟

٣ - هل توجد فروق بين المدمنين في تحديدهم لدوافع تعاطي المخدرات ؟

---

(١) سعد المغربي، ظاهرة تعاطي الحشيش، دراسة نفسية إجتماعية، الطبعة الثانية. (بيروت: دار الراتب الجامعية، ١٩٨٤م) ص. ٤٥٨

٤ – ما هي أهم سمات المدمنين من وجهة نظرهم ومن وجهة نظر المجتمع ؟

٥ – ما هي أسباب التعاطي في رأي كل من المدمنين وغير المدمنين ؟

٦ – ما هي مقترحات كل من المدمنين وغير المدمنين لعلاج مشكلة الإدمان ؟

أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي :

١– معرفة مدى ما يعانيه مجتمع الإمارات من مشكلة تعاطي المخدرات.

٢ – تسليط الأضواء على القيم الحضارية والاجتماعية السارية في المجتمع الإماراتي.

٣ – تسليط الأضواء على الأبعاد والزوايا النفسية والاجتماعية والاقتصادية لهذه المشكلة.

٤ – تحديد العوامل والأسباب المؤدية للإدمان عند الشباب.

٥ – توعية المجتمع الإماراتي وبخاصة الأسر بالأسباب المختلفة والمؤدية إلى اتجاه الشباب نحو تعاطي المخدرات.

فروض الدراسة :

يمكن تحديد فروض الدراسة على النحو التالي :

١ – توجد فروق إحصائية دالة بين متوسط درجات المدمنين وغير المدمنين على اختبار تقدير الذات لصالح غير المدمنين عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

٢ – توجد فروق إحصائية دالة بين متوسط درجات المدمنين وغير المدمنين على مقياس قوة الأنا لصالح غير المدمنين عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

٣ – توجد فروق إحصائية بين متوسط درجات المدمنين وغير المدمنين على اختبار أسباب تعاطي المخدرات عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

الفصل الثاني

المخدرات والإدمان

نظرة عامة

تعريف الإدمان :

" لا يقصد بكلمة الإدمان ADDICTION على عقار مجرد الاعتياد أو طول الاستعمال، وإنما تفيد تكوين عادة ملحة، تدفع المدمن إلى الحصول على العقار بأية وسيلة، مع زيادة الجرعة من وقت لآخر، ومع صعوبة قد تصل إلى حد الاستحالة في الإقلاع عنه، لاعتماد نفسيته وعمل بعض الأنسجة في المخ على وجود عقار، ومن هنا يطلقون على الإدمان كلمة الاعتماد على العقار DRUG DEPENDANCE.

وليست كل العقاقير مسببة للإدمان، فهناك عقاقير مهما تعاطاها المرء يستطيع أن يمتنع عنها وقتما شاء دون عناء، وثمة عقاقير لو استخدمها المرء مدة كافية لا يستطيع الإقلاع عنها، بل يشعر نحوها برغبة قوية، ويضطر إلى زيادة الجرعة من وقت لآخر.

ويرجع الإدمان إلى نوع العقار وإلى استعماله لفترة كافية، وإلى عدم ثبات الشخصية وإلى قدرة العقار على سد مطالب تلك الشخصية غير السوية مؤقتا بصورة ما " (١).

والإدمان مرض نفسي يصيب الإنسان رغم إرادته فلا يوجد أحد يود أن يكون مدمنا. والمقصود بالشخص المدمن هو ذلك الإنسان الذي لا يستطيع أن يقوم بعمله إلا بعد أن يتناول قدرا من المخدرات يتناسب مع الكمية التي اعتاد عليها، ونتيجة لهذا فإن عمله وإنتاجه يقلان ويتدهوران شيئاً فشيئاً. وكلما وجد نفسه غير قادر على العمل أو الإنتاج المطلوب منه يزيد من كمية المخدر الذي يتعاطاه. وهكذا إلى أن يتدهور تماما جسميا وعقليا وماديا واجتماعيا بعد وقت يقصر أو يطول. ويؤثر المخدر مباشرة على أنسجة المخ. ففي بداية الأمر يكون تأثيره أكثر على الملكات العليا كالإرادة والضمير والاستنتاج، ويبدأ فعل المخدر بسلبية في الوعي وارتخاء في الجسم.

ومع الوقت يفقد الإنسان شعوره بالواقع ويتخبط في أقواله وسلوكه، فتبدو

(١) عبدالحكيم العفيفي، الإدمان، الطبعة الأولى (القاهرة: الزهراء للإعلام العربي، ١٩٨٦م) ص ١٥.

النكتة السخيفة غاية في الفكاهة والضحك عليها. أو قد يبكي لأي إثارة ويعتبرها منغصة، ويفكر ويتصرف بطريقة غريبة ويعتقد أنها صحيحة وسليمة وكأنه لا يوجد أبدع من هذا تفكير أو تصرف. كما يعتقد في نفسه أنه رجل مهم وموزون والواقع أن هذا الشعور وهم كبير لا يوجد إلا في عقل فقد ملكاته العليا الدقيقة منذ تأثره بالمخدر. وللمخدرات رد فعل حينما ينتهي مفعولها، ويأتي في شكل اضطراب وقلق، وكثير من المدمنين يشكون من أن تفكيرهم أصبح مشوشا ويعتريهم صداع ووهن وتكسير في الجسم وضيق وثقل في التنفس وأحيانا شعور بالاختناق. وكلما اشتد رد الفعل وكان غير محتمل زاد تلهف المدمن على تعاطي المخدر ليستريح من ردود الفعل، وهكذا تتولد حلقة مفرغة من رد الفعل ثم التعاطي ثم رد الفعل.. الخ(١).

المراحل الأساسية للتعاطي :

هناك أربعة مراحل أساسية في تعاطي أي عقار، وسواء أكان الشخص يتعاطى الكحول أم الحشيش أم الهيرويين فإنه يمكن ملاحظة هذه المراحل على النحو التالي:

١) المرحلة الأولى :

وهي مرحلة التعاطي التجريبي، وتعتبر هذه المرحلة أساسية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب للعقاقير المخدرة، ويعتقد كثير من شبابنا أن تجريب العقاقير هو عمل مأمون وإن بعضها يمكن أن يكون طبيعيا إذا قام بتجريبها خاصة الكحول. ولكن في الحقيقة، ليست التجربة غير مأمونة فقط، ولكنها الخطوة الأولى نحو الإعتماد على العقاقير.

ففي المرحلة الأولية أو التجريبية غالبا ما يجد المتعاطي هذه التجربة سلبية، فمدخن السيجارة لأول مرة غالبا ما يسعل ويعاني من حرقة العينين، ومتعاطي

(١) عبدالرؤوف ثابت، الطب النفسي المبسط، الطبعة الثانية (القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦م) ص ١٩٥.

الكحول الجديد يضطر إلى تخفيفه بالماء، ومتعاطي الهيروين المبتدئ غالبا ما يتقيأ. إلا أن هذه التأثيرات السيئة الأولية فشلت – ولسوء الحظ – في ردع معظم المبتدئين، والذين تهيأ معظمهم لتعاطي العقاقير من قبل المتعاطين الأكثر خبرة والذين يؤكدون لهم بأن هذه الأعراض السلبية ستزول قريبا مع الاستمرار في تعاطي العقار. وينشأ سريعا تعود لهذه التجارب السلبية ويتوالى التقدم نحو الاعتماد.

٢) المرحلة الثانية :

وهي مرحلة التعاطي العرضي أو الاجتماعي، وخلال هذه المرحلة يكون متعاطي العقار أساسا مؤثر عليه. وهو يقبل العقار غالبا من أصدقاء اهتدوا حديثا لتعاطي العقار، يتعلم منهم كيف ينسى تجاربه السيئة. ولا يبحث المبتدئ الجديد عن العقاقير ولكنه يتجاوب ببساطة بتناولها عندما تتوفر له. وكثير من الشباب الذين يدمنون العقاقير المخدرة في النهاية كانوا يرفضون تعاطيها في المرات الأولى عندما كانت تعرض عليهم، ويأخذ معظمهم قرار تعاطي عقار معين بعد تكرار عرضه عليهم. لذلك فإن الرفض الأولي لتناول العقار لا يعتبر إشارة أكيدة للنجاح في الوقاية من سوء تعاطي العقاقير المخدرة.

وخلال هذه المرحلة يكون التعاطي عادة أقل من مرة في الأسبوع. وغالبا ما تكون المتعة الحاصلة من هذا التعاطي متواضعة. ويبدو أن مجموعة الأعراض التي تظهر خلال هذه المرحلة تؤكد للمتعاطي المبتدئ بأنه يستطيع السيطرة على العقار.

٣) المرحلة الثالثة :

وهي مرحلة التعاطي المنتظم. وفي هذه المرحلة يبحث متعاطو العقاقير المخدرة بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه.

وفي الأحوال التي يقرر فيها المتعاطي تناول العقار بشكل منتظم، فإنه يتأكد من أن العقار المرغوب متوفر دائما بسهولة. ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو

مرتين أسبوعيا. ويتقدم بعض المتعاطين من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة بسرعة، وعادة ما يكون دافعهم القوي لذلك هو رغبتهم في الوصول إلى الثمالة من العقاقير بدون أي موانع تذكر، وهؤلاء الذين يتقدمون بسرعة يتعلقون فورا بعقار معين.

٤) المرحلة الرابعة :

وهي مرحلة الاعتماد أو الإدمان. وفي هذه المرحلة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءا رئيسيا من حياة المتعاطي، وستقابل أية محاولة لفصل المتعاطي عن العقار أو العقاقير بمقاومة قوية. وعندما يحدث الاعتماد فإن الكثير من متعاطي العقاقير يكونون مستعدين للتخلي عن أي شيء في الحياة تقريبا في سبيل الحفاظ على الاتصال مع العقار المختار. وإعطاء الأولوية القصوى لتعاطي العقاقير هو أمر ملاحظ بكثرة عند المدمنين. وإذا كان لا بد من الاختيار فإنهم سيشترون العقار بدلا من الطعام.

ومن الملاحظ أنه في المراحل الأولى للتعاطي التجريبي والعرضي وحتى المنتظم غالبا ما يتأثر قرار تعاطي العقاقير بعوامل عدة مثل السعر والمؤونة ومعارضة العائلة للتعاطي. إلا أنه عندما يحصل الاعتماد أو الإدمان فلن يكون السعر عائقا لغالبية المتعاطين، فالاضطرار الشديد لتعاطي العقاقير واضح جدا بين المتعاطين للعقاقير غالية الثمن مثل الكوكايين والهيروين، وغالبا ما يتخلى متعاطو هذه العقاقير في كافة الأعمار عن أي شيء في سبيل الحصول على العقار الذي تعودوا عليه. وعند حصول الإدمان فإنه من الشيء المألوف لمتعاطي العقار أن يستمروا بتعاطيه حتى ولو هددوا بالسجن أو فقدان الوظيفة والطرد من حياة العائلة(١).

الاتجاهات المفسرة لاستعمال المخدرات : (٢)

إن العناصر الأساسية في استعمال المخدرات تتمثل في :

---

(١) روبرت ل. دبيونت، العقاقير المؤدية للإدمان، دليل العائلة، ترجمة وليد الترك ورياض عوض (الأردن: مركز الكتب الأردني، ١٩٨٩م) ص ٥٥ – ٥٨

(٢) مركز أبحاث مكافحة الجريمة بالرياض، المخدرات والعقاقير المخدرة (الرياض: شركة الطباعة العربية السعودية، ١٩٨٥م) ص ٣٠.

١ – المادة المستعملة.

٢ – الفرد الذي يستعمل المخدرات.

٣ – البيئة الاجتماعية والمادية التي يستعمل فيها المخدرات.

وبناء على هذه العناصر الأساسية فإن وجهات النظر المختلفة التي حاولت تفسير استعمال المخدرات وإيجاد الحلول لها لم تستطع بأي حال من الأحوال إغفال أحد هذه العناصر الثلاثة الهامة.

وعلى الرغم من اختلاف اتجاهاتها في تفسير استعمال المخدرات إلا أنها في النهاية تنظر إلى هذه الظاهرة من زواياها الثلاث المخدر والإنسان والمجتمع وما يحدث بينهم من تفاعل. " وهناك أربعة اتجاهات رئيسية فيما يتعلق باستعمال المخدرات وعناصره المتداخلة، وتتمثل هذه الاتجاهات في :

١– الاتجاه الأخلاقي القانوني **The moral - legal model**

٢– الاتجاه المرضي والمتعلق بالصحة العامة **The disease or public health model**

٣ – الاتجاه النفسي الاجتماعي **The psycho - social model**

٤ – الإتجاه الاجتماعي الثقافي **The socio - cultural model**

وتختلف هذه الاتجاهات وفقا للمعادلة الثلاثية المشار إليها من قبل وهي المادة، الفرد والبيئة، حيث أن لكل من هذه العناصر طبيعتة الخاصة وأهميته النسبية، كما أن لكل من هذه الاتجاهات مضامينها فيما يختص بالجهود الاجتماعية التي تبذل نحوه، وفيما يختص بالتربية والوقاية والعلاج والتشريعات والسياسات التي توضع من أجل كل اتجاه.

وفيما يلي عرض للاتجاهات الخاصة باستعمال المخدرات :



١ - الاتجاه الأخلاقي القانوني : The moral - Legal model : (١)

ويهتم هذا الاتجاه بالأهمية الكبرى بوضع المخدرات بين العقاقير، حيث تصنف العقاقير إلى :

أ – **عقاقير مأمونة** : أي لا تنطوي على خطورة، وهي ليست محرمة من الوجهة الاجتماعية أو القانو نية، ويطلق عليها عقاقير قانونية.

ب–**عقاقير خطرة** : وهي التي يترتب على استعمالها خطورة على الفرد والمجتمع، وهي محرمة من الوجهة الاجتماعية أو القانونية وتندرج المخدرات تحت هذه العقاقير.

وهذا الاتجاه الأخلاقي القانوني يعمل على إبقاء عقاقير معينة بعيدا عن متناول الجمهور. ويفترض هذا الاتجاه أن العقاقير هي العامل النشط، وأن الأفراد هم الضحايا الذين يعوزهم الوعي أو الانصياع أو الاستقامة، والذين يتعين حمايتهم من خلال فرض الرقابة القانونية على انتشار المواد المخدرة والتي تتمثل في الرواد ع الرئيسية التالية :

أ – إحكام الرقابة على الكميات المتوافرة من المخدرات.

ب – رفع أسعارها.

جـ – العقاب الرادع.

د – التحذير مما يترتب على استعمالها من أضرار بدنية ونفسية واجتماعية.

ويؤكد هذا الاتجاه بقوة على الآثار الخطرة الناجمة عن المخدرات بهدف صد الناس عن استعمالها، والبرامج الثقافية والتربوية التي توضع على أساس هذه الافتراضات كثيرا ما تتضمن نشر معلومات عن الأخطار المترتبة على استعمال مخدرات معينة باعثة على القلق، وعن وضعها القانوني، والعقوبات التي تفرض في حال بيعها أو حيازتها.

---

(١) المرجع السابق، ص ٣٣.

٢ - الاتجاه المرضي أو المتعلق بالصحة العامة : The disease or public health model(١)

وهـو اتجاه بديل لـلاتجاه الأخلاقي القـانوني، وهـذا الاتجاه المرضي والمتعلق بالصحـة ينظر إلى المخدر والفـرد والبيئة على أنها عوامل مـؤثرة ووسط بيئي على غرار الأمـراض المعديـة، ورغم وجود اختـلاف بين التدابير المتخـذة إلا أن العامل الأساسي الخاص بنوع المخدر يمثل الدور الـرئيسي بين العناصر الثلاثة (المخدر / الفرد / البيئة).

ومن الفـــروق الـرئيسيـة بين الاتجاهين، هـــو أن الاتجاه المرضي لا يميـز بين العقاقير القـانونيـة وغير القانـونية، غير أنـه يفرق بينهـا وبين المخدرات الأخـرى المؤدية إلى الإدمان على أساس المتغيرات البيئية (الاجتماعية) التي تتعلق بمدى تقبل المجتمع لها وتوافـرها واستعمالها على نطاق واسـع. لذلك فإن هـذا الاتجاه يرى أن خفض تقبل المواد المؤدية إلى الإدمان اجتماعيا ورفع أسعارها وسيلة ممكنة للتقليل من استعمالها والتحكم في الكميات المتوافرة منها.

وينظر إلى الفرد من حيـث كونه معرضا لهذا الخطـر أو غير معرض، ومن حيث أنه مصـاب بالعدوى وناقل لها. ونظـرا لأنه من الصعب تحديد الأفـراد المعرضين لهذا الخطر، فـإن هناك محاولات شتى للتوجيـه والإرشاد والتحصين عن طـريق البرامج التربويـة الموجهة نحو الوقـاية والتي تنزع إلى الاعتماد على المعلـومات عن الأخطـار الكامنـة في استعمال المواد المخدرة، وعن الأضرار الفـردية والاجتماعيـة الناجمة عن إدمان هذه المواد.

٣- الاتجاه النفسي الاجتماعي: The psycho - social model (٢)

يؤكد هـذا الاتجاه على أهمية الفرد باعتبـاره العامل الأساسي في معـادلة المخدر، الفرد، البيئـة. كما يعد استعمال العقاقير ومن يتعـاطاهـا، وليست العقاقير ذاتها، العامل المعقد الديناميكي والمجال الرئيسي للتدخل.

---

(١) المرجع السابق، ص ٣٤.
(٢) المرجع السـابق، ص ٣٥ - ٣٦.

ويميل الاتجاه النفسي الاجتماعي إلى الاهتمام بمغزى استعمال المخدرات ووظيفته بالنسبة للفرد، باعتبار أن استعمال المخدرات سلوك لن يستمر شأنه شأن غيره من ضروب السلوك، إلا إذا كان يؤدي وظيفة معينة للفرد، ويميل الاتجاه النفسي والاجتماعي إلى تأكيد :

١ – التفرقة بين مختلف كميات المخدرات و تواتر استعمالها وأنماطه.

٢ – التفرقة بين الوظائف المختلفة التي قد تؤديها المخدرات.

٣ – الآثار المختلفة التي تنجم عن الأنماط المختلفة لهذا الاتجاه بالنسبة لأفراد مختلفين.

٤ – الاهتمام بتأثير مواقف الأشخاص الآخرين وسلوكهم سواء أكانوا أفرادا أم تنظمهم جماعات اجتماعية مثل الأسر ومجموعات الرفاق والأنداد والمجتمعات المحلية.

٥ – النظر إلى البيئة على أنها تسهم في الاستعمال وفي المشكلات المقترنة بها من خلال الأشخاص وتعريفهم واستجابتهم لاستعمال المخدرات ومستعمليها.

٤ - الاتجاه الاجتماعي الثقافي : The socio - cultural model (١)

يؤكد الاتجاه الاجتماعي الثقافي أن الذين يستعملون المخدرات والمشكلات المقترنة باستعمالها مرتبطة بالتعقد والتنوع في عامل البيئة واتصال ذلك بالمخدر والفرد. فهناك مخدرات لا تستمد معناها ومغزاها من خواصها العقاقيرية بقدر ما تستمدها من الطريقة التي يحدد بها مجتمع معين موقفه واستجابته إزاءها وإزاء مستعمليها.

وفي العادة ينظر إلى استعمال المخدرات المحرمة اجتماعيا على أنه سلوك منحرف ينبغي معالجته كما تعالج سائر أنواع السلوك المنحرف أو كما يعالج السلوك الهدام إذا كان الاستعمال مفرطا. يؤكد هذا الاتجاه أن السلوك يختلف من ثقافة إلى أخرى، بل من ثقافة فرعية إلى ثقافة فرعية أخرى. ويتجاوز الاتجاه الاجتماعي

(١) المرجع السابق، ص ٣٦ – ٣٧.

الثقافي، العوامل الاجتماعية والنفسيـة التي يؤكد عليها الاتجاه النفسي الاجتماعي، حيث يركز على مضمون الظروف الاجتماعية الاقتصـادية والبيئة الراهنة كأسباب للتـوتر النفسي، ويعتبر هـذا المضمون هـو الموضـوع الرئيسي بل والأسـاسي لأي تدخل.

وينظر هذا الاتجاه إلى عوامل الفقـر وانخفاض الدخل والسكن غير الملائم السيء والتمييز وعـدم توفـر الفرص والتصنيع والنمـو الحضري، بأنها التربة المنـاسبة الخصبـة لظهور العـوامل الأكثر اتسـاما بـالطابع الشخصي والتي يـؤكد أهميتهـا الاتجاه النفسي الاجتماعي والتي تتمثـل في عـوامـل مثل الأسرة المفككـة، ونقص التوجيه الأبوي، ومؤسسات التربيـة، والعمالة الكبيرة والتي قد تفتقر إلى الطابع الإنساني، وتدهـور الضوابط الاجتماعية. ويؤكـد الاتجاه الاجتماعي الثقافي على اعتبـار السلوك المنحـرف ينجم دائما عن عـدم وجـود البيئـة الصـالحة في النظـام الاجتماعي.

الأسباب المهيئة لإدمان المخدرات

وبعد... هذا بعض الكثير من وجهات النظـر المختلفة التي ظهرت لتفسير تعاطي واستعمال المخـدرات وبينت التـدابير المختلفـة التي يجب اتخاذهـا لتعـديل هـذا الاستعمال. إلا أن هناك أسبابـاً أخرى اتفق علماء النفس والاجتماع على أنها تتميز بالثبات في أي مجتمع من المجتمعـات سواء أكانت متقدمـة أم نامية. بمعنى أنها إذا ظهرت كلها أو بعضها في أي من المجتمعات الإنسانيـة فإنها غالبا ما تهيء الفرد إلى أن يصبح مدمنا أو منحرفا سلوكيا واجتماعيا ومن هذه الأسباب :

١- ضعف الشخصية أو اضطرابها : (١)

تتكون شخصية أي إنسان من عدة مكونات أساسية :

أ- المكونات الجسمية.

(١) عبدالحكيم العفيفي، مرجع سبق ذكره، ص ٦٧.

ب – المكونات العقلية.

ج – المكونات النفسية.

د – البيئة أو العنصر الاجتماعي في الشخصية.

ومن المعروف علميا أنه إذا حدث الإدمان في شخصية متكاملة في الأصل كان العلاج سريعا وبسيطا، أما إذا حدث مثل ذلك في شخصية تنطوي على أشكال من التوتر والقلق، فإن الحالة تصبح أكثر صعوبة عندئذ بسبب العوامل النفسية.

وتعتبر الشخصية متمتعة بالصحة النفسية إذا تكاملت جوانبها وانتظمت في كيان متضامن لا تنهكه الصراعات التي قد تدب داخل هذا الكيان. أما إذا تعرضت الشخصية لاختلال، وعدم ائتلاف بين كافة مكوناتها أو بعضها، وتعرضت لصراعات متصلة، وإحباطات متعددة، أدى هذا إلى سوء توافقها الشخصي والاجتماعي، وبدت عليها مظاهر الاضطراب والشذوذ والانحراف. واضطراب الشخصية ليس بظاهرة بسيطة، لأنه يرجع إلى عوامل متعددة متشابكة ومعقدة، كما أن اضطراب الشخصية ليس نتاجا لمرحلة معينة من مراحل النمو، بل هو محصلة لعوامل متضافرة تتداخل في مراحل النمو المختلفة.

٢- الأسرة المحطمة : (١)

أكدت أغلب الدراسات النفسية والاجتماعية أن معظم حالات الإجرام والإدمان، والانحرافات النفسية والسلوكية جاءت من البيوت المحطمة والتي خلت من الود والحب والتي فرقها الموت أو بعثرها تعدد الزوجات أو الطلاق والتي فشلت في إشباع حاجات الطفل النفسية، كما بينت أن التنشئة التي تعرض لها هؤلاء كانت تتسم بأحد أو ببعض المظاهر التالية :

١ – عدم الإشباع البدني للحاجات الفسيولوجية منذ الميلاد بطريقة جيدة.

(١) المرجع السابق، ص ٧٨ – ٨٣.

٢- الخطأ في الفطام ، في توقيته وطريقته ،.

٣- الاهمال من الوالدين للطفل.

٤- الحماية الزائدة.

٥- القسوة في التدريب على عمليات النظافة وضبط الإخراج.

٦- التشدد في فرض السلطة والنظام على الطفل أو التساهل والتسيب في ذلك.

٧- التذبذب بين القسوة الشديدة أو اللين الشديد في مواجهة السلوك العدواني لدى الطفل.

٨- علاقة الطفل بإخوته ومايثار لديه من مشاعر الغيرة والكراهية وعدم الشعور بالأمن أو الشعور بالنقص أو بالقوة والتفوق.

٩- شعور الطفل بأنه غير مرغوب فيه.

١٠- الاعتماد الطويل على الوالدين.

١١- الطلاق بين الوالدين.

١٢- الطفل غير الشرعي.

١٣- الموت والتفكك الأسري.

٣- المدرسة : (١)

وفيها يخرج الطفل عن حماية أسرته لبعض الوقت ويختلط بأطفال من سنه، وقد يتعرض خلاله لبعض الأوجه السلبية التي قد تؤدي إلى انحرافه فيما بعد. وهناك بعض النقاط التي تميز الطفل الذي لديه استعداد للانحراف الدراسي عن غيرهم وتتمثل هذه النقاط فيما يلي :

١- الطفل الذي لم يفطم نفسيا في الأسرة، بمعنى عدم إشباع حاجاته الأولية للحب

(١) المرجع السابق، ص ٨٤- ٨٦.

والحنـان والعطف والأمن والطمأنينة والاحســاس بقيمة ذاتــه، لايستطيع أن يعتمد على نفسه، لفقده ثقته بنفسـه، لأنه لم يتعود من الأسرة أن يقوم بعمل بمفرده ويقف على قدراته وطاقاته.

٢- الطفل الذي يسيء الظن بالآخرين.

٣- الطفل الذي تثبط همته بسرعة.

٤- الطفل المشاكس.

٥ - الطفل الذي تعود السلبية.

٦ - الطفل المنطوي الخجـول.

٧ - الطفل الذي يقل ذكاؤه عن المعدل الطبيعي.

ولكن متى تؤدي المدرسة للإنحراف؟

إذا دخل طفل المدرسة ولـديه استعداد لـلانحراف ، فيمكن القول بأنـه سيزداد انحرافاً إذا كانت المدرسة:

١ - بها أعداد كبيرة من الطلاب عن الحد المطلوب.

٢ - وجود المدرسة في بيئة متخلفة ومزدحمة.

٣ - عدم وجود مدرسين يعتبرون قدوة حسنة للتلاميذ.

٤ - عدم وجود التعاون الكامل بين المدرسة وبين الآباء وأولياء الأمور.

٥ - عدم وجود أخصائي اجتماعي في المدرســة يشرف بنفسه على مظاهر الانحراف المدرسي.

٦ - عدم وجود التنسيق بين الجهات المختلفة المسـؤولة عن تربية النشء وبين هيئة التدريس.

٧ - عدو وجود التطابق بين المواد المدرسية ورغبات وميول التلاميذ.

٨ – عدم وجود الملاعب والمكتبات التي تمتص قدراً من توتر التلاميذ وتقضي على أي استعداد للانحراف لديهم.

٤- الإحباطات : (١)

ويعني بالإحباط في الموضوع أو الشيء الذي يقف أمام تحقيق رغبة يود الإنسان تحقيقها. وعندما يقف الاحباط أمام رغبات الفرد بصورة قوية، مانعا بذلك رغبة قوية من أن تتحقق، فإن الإنسان يسلك أحد أو بعض هذه التصرفات :

١– إما أن يقوم بكبت رغبته، أي محاولة نسيانها.

٢– وإما أن ينتظر الوقت المناسب ليقوم بتحقيقها.

٣– وإما أن ينفجر من عدم قدرته على التحمل في سلوك عدواني، كرد فعل على القوة التي تقف أمام تحقيق رغباته وتمنعها من إشباع غرضها. وهذا السلوك العدواني قد يكون موجها ضد غيره وقد يكون موجها ضد الذات والتي يعتبر الإدمان أحد صوره.

٥- البيئة : (٢)

قد تؤدي البيئة أحيانا إلى الاتجاه للإدمان، فهناك بيئات تساعد الأفراد الذين يعيشون فيها إلى تعاطي الخمور أو عقاقير الإدمان، ويلاحظ أنه إذا كان المجتمع من النوع الذي يقوم على التنافس والصراع القيمي بين فئات المجتمع المختلفة والتي تتحدد فيها قيمة الفرد بقدر مايملك لا بما يعمل ويبذل من جهد مخلص وعمل دؤوب، كانت هذه المجتمعات تربة خصبة ليتوافر فيها اضطرابات الشخصية وينتشر فيها أعداد كبيرة من المدمنين.

كما أن المجتمعات التي يقل فيها الوعي الثقافي بأخطار الإدمان والتي يكون لدى

(١) المرجع السابق، ص ٨٦ – ٨٧.
(٢) المرجع السابق ص ٨٨.

الكثيرين من أفرادها قناعة واعتقاد بأن بعض المخدرات مفيدة ومزيلة للكرب والهم ومقويـة للنشاط الغـريزي الجنسي.. وما إلى ذلك من معتقـدات خاطئـة، مثل هذه المجتمعات أيضا يزداد فيها عدد المدمنين.

٦- الفراغ :

وقت الفراغ هـو الوقت الذي يقضيـه الإنسان في أنشطة لا تتصل بعملـه الذي يرتزق منه. حيث يقتل الوقت في أشياء تافهة رخيصة لا يستفيد منها ولا يفيد أحداً بها. ووقت الفـراغ في البـلاد الشرقيـة عمـومـا، يلعب دورا كبيرا في العكـوف على تعاطي المخدرات وإدمانها(١).

والفراغ إحســاس ينبع من داخل الإنسان ويتمكن منه عندمـا لا يجد منفذا يعبر من خلالـه إلى ذاته ليقضي عليه. وقـد يكون الفـراغ عاطفيا، أو اجتماعيـا أو ذهنيا وهـذا هو مـا يعانيـه أغلب شبـابنا، «فحينما يخلـو عقل الفـرد من وجود مـذاهب سياسية أو اجتماعية أو اقتصادية أو فلسفيـة مجددة للحياة، يوصف الفرد عندئذ بالفراغ الذهني. وعنـدما يحصل هذا الفراغ فإن سلوك الفرد يتصـف بالعشوائية والعفوية والتخبط أو التذبذب والتردد. ذلك لأن الفلسفـة التي يتخذها الفرد لنفسه إنما تحدد لـه أسلوب العمـل ومنهج النشاط والأهـداف التي يسعى لتحقيقهـا. إن وجـود فلسفة ثـابتة مستقـرة لدى الفـرد تساعـد على ثبات سلـوكه واستقـراره واتجاهــه نحـو تحقيق الأهـداف. ولا شك أن شبابنـا يحتـاج إلى ملء ذلك الفـراغ الذهني، وإلى تكويـن فلسفة واضحة المعالم في ذهنه تضيء لـه طريق العمل وتحقق لشخصيته تماسكهـا ولسلوكه وحدتـه واتزانه واستقراره. وتكـون تلك الفلسفة بمثابة الـدافع القوي الذي يدفــع الفرد نحو السلوك المنشود. لا بـد إذن من وجود خط سياسي واضح في ذهن الشبـاب وصورة مثاليـة لما يطمح المجتمع أن يصل إليه في المستقبل القريب.

مثل هذا التخطيط الـذهني يملأ على الشباب فـراغه، ويدعم عنـاصر شخصيته

---

(١) المرجع السابق، ص ٨٩.

ويجعلها أكثر قوة وصلابة وتماسكا وتكاملا واتزانا ووحدة »(١).

وكما ذكرنا سابقا فإن الشخصية السوية هي الشخصية المتكاملة جسميا ونفسيا وعقليا وخلقيا وروحيا ومهنيا. وكثيرا ما يعبر الشباب عن حيرته وعن ذلك الفراغ فنراه يتخبط بين التيارات الفكرية المختلفة التي يجدها أمامه وغير قادر على أن يحدد أهدافه أو أن يستفيد من أوقات فراغه التي تشكل الجزء الأكبر من حياته. ولهذا بدأت المقاهي تنتشر في كل مكان بالأحياء وهي تمتلىء بالشباب من كل فئات المجتمع. ومجتمع المقهى بصفة عامة مجتمع كسول يوحي بالتخلف والفوضى واللامسؤولية، وتظهر وتنمو فيه بذور كل الانحرافات والانحلالات، وفيه تخلق مثل عليا مضللة.

ولا يخفى علينا أيضا ظاهرة الشللية والتسكع في الطرقات والأسواق بلا هدف واضح اللهم معاكسة النساء. والأخطر من ذلك أن هذه الظاهرة بدأت تنتشر بين الفتيات أيضا بصورة تستدعي الانتباه وتدعو إلى وقفة جادة أمام هذه المشكلة.

٧ - المثل الأعلى : (٢)

المقصود بالمثل الأعلى هو القدوة والمثل المقتدى به، وقد تكون هذه القدوة إيجابية نافعة وعندئذ تكون لخير الإنسان ذاته،ولخير الإنسانية والمجتمع، وقد تكون هذه القدوة سلبية ضارة إلا أن الإنسان لا يكتشف ذلك في البداية ويعتقد بأنها نافعة وتتكشف له الحقيقة فيما بعد.

والمثل الأعلى هذا يأتي من الأب أو الأم أو المقربين أو عميد الأسرة، أو من المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الفرد، أو يأتي من المدرس أو الصديق أو بطل في السينما أو التلفزيون، أو مدير الشركة أو رئيسها.. الخ.. ولكي يكون التقليد أو التقمص قويا يجب أن تكون علاقة هذا الإنسان بالقدوة أو المثل الأعلى جيدة وتشبع شيئا ما في نفسه.

(١) عبدالرحمن محمد عيسوي، سيكولوجية الشباب العربي، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٥) ص ٥٩
(٢) عبدالحكيم العفيفي، مرجع سبق ذكره، ص ٩١.

٨ - أثر الثقافة الفرعية : (١)

يولي علماء الاجتماع اهتماما خاصا بتأثير الثقافة العامة والثقافة الفرعية والعلاقات بين الجماعات المختلفة على السلوك المنحرف. والمقصود بالثقافة عموما هي الأنماط المتنوعة من التصرف والمسلك والأفكار والقيم والعادات والصفات التي اتفق عليها الأفراد والجماعات التي تكوّن مجتمعا من المجتمعات. وتتألف هذه المجتمعات الكبيرة والحديثة من ثقافات فرعية متباينة، وجماعات مختلفة لكل منها عادة أو طائفة من المعايير والقيم الخاصة بها، والتي لا تكتفي بتحديد السلوك السوي الشرعي وإنما ترسم بالإضافة إلى ذلك أهداف الحياة ذاتها. والثقافات الفرعية شأنها شأن الثقافات العامة، تلقن الشخص ما يجب عليه أن يفعله، وما يمكن أن يقوم به، وما يتحتم إنجازه، وما لا يجب القيام به. وهذه الثقافات تظهر عادة حينما يتفاعل عدد من الأشخاص لديهم مشكلات متماثلة، بمعنى أن الثقافة الفرعية هي نوع مشتق من الثقافة العامة للمجتمع ولكنها مختلفة عنه نسبيا، ولها خصائص تميزها كذلك عن الثقافات الفرعية الأخرى.

والمدمن هو فرد لا يخضع للثقافة العامة بقدر خضوعه للثقافة الفرعية التي ينتمي إليها فكريا ومعنويا. والثقافات الفرعية قد تكون مثالية، بمعنى أنها تسير وفقا للمثل، وقد تكون ثقافات منحرفة مضللة.

وعموما كلما تعددت الثقافات الفرعية المنحرفة التي تهدد حياة المجتمع، كلما زاد عدد المنحرفين والمجرمين، وزاد كذلك أعداد المدمنين.

٩ - وسائل الضبط الإجتماعي : (٢)

المقصود بالضبط الاجتماعي هي تلك الوسائل التي تحمي المجتمع والفرد من الجموح والانحراف. وهناك ثلاثة أنواع من الضبط الاجتماعي هي :

١- الضبط والرقابة الاجتماعية الرسمية ممثلة في السلطة القضائية والأجهزة

(١) المرجع السابق، ص ٩٢ – ٩٣.
(٢) المرجع السابق، ص ٩٣ – ٩٥.

البوليسية المختلفة التي ينشئها المجتمع لهذا الغرض. وهذا النوع من الضبط والرقابة يعتبر ضروريا وحيويا لأي مجتمع إلا أنه لا يكفي وحده، خصوصا مع تضخم المجتمعات وترامي أبعادها، الأمر الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى خروج الفرد من نطاق هذا النوع من الرقابة. وهنا يأتي دور آخر من الرقابة والضبط يعتبر في الواقع أكثر أهمية وأشد تأثيرا من النوع الأول.

٢- وهو الضبط والرقابة الاجتماعية غير الرسمية، التي تمارسها الجماعات الإنسانية التي ينتمي إليها الفرد في المجتمع. وهذه الجماعات مثل الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل تمارس قوتها في الرقابة الاجتماعية، معتمدة على العلاقات الإنسانية، التي تنشأ بين أفرادها وعلى ما تشبعه من حاجات نفسية ومادية للفرد داخلها. فإذا كانت هذه الجماعات تؤمن فعلا بما يصدره المجتمع من نظم وقيم ومبادىء عامة، فإنها تقيم من نفسها أجهزة تتولى الرقابة على أفرادها لتتأكد من سيرهم واتباعهم لما تقضي به هذه النظم والقيم والمبادىء العامة ومن هنا يتبين أهمية ارتباط ما يضعه المجتمع من نظم ومبادىء عامة بآمال وتطلعات الجماعات التي تمثل جميع فئات الشعب. وحيث أنه لا يمكن بقاء واستمرار الفرد دائما تحت أضواء هذه الرقابة، خصوصا في المجتمعات الحضرية الكبيرة، كالعواصم والمدن الكبرى، فإنه لا بد من وجود نوع ثالث من الضبط والرقابة.

٣ - وهو الضبط والرقابة الذاتية التي يمارسها ضمير الفرد عليه، وهو يعتبر قمة الخصائص الإنسانية كلها، والضمير الإنساني في تعريف مبسط هو عبارة عن جميع القيم والمبادىء والاتجاهات السائدة في المجتمع واندماجها في النفس لتصبح قوة ذاتية توجه الفرد وتراقبه وتحاسبه وتثيبه وتعاقبه. هذا الضمير الإنساني يملك قوة من الروادع والحوافز أكثر مما تملك القوى الخارجية.

ومن المعروف أنه كلما كانت هذه الضوابط قوية ويقتنع بها المجتمع بأفراده

وجماعـاته كلما تقلص حجم السلـوك المنحرف في المجتمع، وأي خلل في هـذه الضوابط ينتج عنـه زيادة في أعـداد المنحرفين والمدمنين، فمتعـاطي المخدرات غالبـا مايكون شـخصاً لم يحترم قـوانين المجتمع، ولم يحترم قوانين الأسرة، ولم يحترم قوانين الضمير الإنساني.

١٠- الحضرية : (١)

لقد أدى الانتشـار السريع للحضرية كأسلـوب في الحياة في العـالم المعاصر، إلى ارتفاع ملحوظ في معـدلات السلوك المنحرف. والمقصود بالحضريـة هنا أسلوب في الحياة يصاحبه عادة مجموعـة من الخصائص، كالفردية، والتغير الثقافي السريع، والماديـة المفرطـة، والصراع الثقافي، بـالإضافـة إلى الضعف المستمر في الاتصـال المباشر الوثيق، والانهيار في وسائل الضبط الاجتماعي غير الرسمية. فمن الواضح أنه كلما زادت علاقات الأفراد سطحية وزادت الأنانية والاستقلال الذاتي وضعفت الـروابط الأسريـة، كلما ازدادت أعـداد المنحرفين والمدمنين كأسـاليب نمـوذجيـة للانحراف في المجتمع.

١١- هجرة العمالة الوافدة :

وتكون الهجرة في صورتين : الأولى وهي هجرة أبنـاء البادية والريف إلى المدينة، وهؤلاء لا يشكلـون خطورة أخلاقيـة كبيرة على المجتمع. والثانية هي هجـرة أبناء البلاد المجـاورة العربيـة منها وغير العـربية، وهـؤلاء يشكلون خطـورة أكبر على المجتمع إذ أنهم يأتـون من مجتمعات وثقـافات متبـاينة وتـزداد خطورتهم إذا زاد عددهم عن عدد السكان الأصليين للمجتمع، والمجتمعات الخليجية عموما ومجتمع الإمارات بصفة خاصة تتميز بزيـادة عدد الوافدين فيها عن عدد السكان الأصليين بنسبة كبيرة وهـذا يشكل خطورة على ثقافـة هذه المجتمعات وقيمها نظـرا لما تنقله هذه العمالات الـوافدة من قيم وثقافـات تتعارض مع القيم الأصليـة للمجتمع. هذا

---

(١) المرجع السابق، ص ٩٥.

التضارب وهذه التعددية في الثقافات وانتشارها بسرعة كبيرة وعشوائية في المجتمع دون تخطيط ودون وعي لها تـأثيرات كبيرة على انتشـار السلـوك المنحـرف بين الشباب.

١٢ - التصور الذاتي : (١)

إن تصور المرء لذاته أو فكرته عن نفسه، هـو النظام المتكامل الديناميكي لجملة المفاهيم والقيم والأهداف والمثل والطريقة التي تقـرز الأسلوب الذي يسلكه الفرد. وبعبارة أخرى فإن فكرة المرء عن نفسه هي بمثـابة الإطار المرجعي الذي ينظر من خلاله للحياة أو الموجـه لسلوكه، فالشخص الذي يرى نفسـه أمينا صادقا، يسلك ويستجيب في مواقف الحيـاة المختلفة على أساس من هذه الفكرة. والشخـص فاقد الثقة بنفسه يصعب عليه أن يثق بالآخرين. وصورة الإنسان وفكرته عن نفسه قد تتفق أو تختلف بدرجات متفاوته وفي نواح مختلفة عما هو عليه في الواقع. كذلك قد تختلف أو تتفق بدرجـات مختلفة مع فكـرة الآخرين عنـه. وكلما ازداد التباين بين فكرتـه عن نفسه وبين فكرة الآخـرين، تعرضت الشخصيـة للصراع والاضطراب والسلوك الشاذ أو المرضي. وتتلخص المصادر الأساسية في تكوين مفهوم الذات أو فكرة المرء عن نفسه فيما يلي :

١ – الخصـائص الجسمية والعقليـة الموروثـة كالشكل العـام والصحـة والذكـاء والقدرات الخاصة.

٢ – وظائف الأنـا النفسية (الذات) المختلفـة، التي تتحكم في السلوك كما يـدركها الفرد.

٣ – الأوصاف المختلفة التي ينسبها الكبار للصغار، وبخاصة الوالدين.

٤ – المقارنة بـالآخرين عن طريق ما يستشعر الفرد نفسـه من فروق، وعن طريق المقارنات الصريحة، سواء من المحيطين بالفرد كالوالدين أم الغرباء.

---

(١) المرجع السابق ص ٩٩ – ١٠٠.

٥ – العلاقة بين الفرد والآخرين، وما يترتب عليها من رفض أو قبول.

٦ – خبرات النجاح، والفشل في حياة الفرد.

٧ – الدور أو الأدوار المفروضة من المجتمع على الفرد.

١٣- المعايير السائدة في المجتمع : (١)

المعايير السائدة في المجتمع مسؤولة إلى حد كبير عن نسبة المدمنين سواء بالزيادة أم بالنقص. وتختلف هذه المعايير من مجتمع إلى مجتمع آخر، وفي نفس المجتمع من وقت أو زمن إلى آخر...

وعموما يتحول الشخص إلى العكوف على الإدمان إذا كانت المعايير الاجتماعية تتصف بالآتي :-

- إذا كان المجتمع ممتلئا بالفساد والتناقض الثقافي.
- إذا كان المجتمع يشجع بصورة غير رسمية تعاطي المخدرات وعقاقير الإدمان.
- انتشار الثقافات الفرعية الفاسدة، بصورة تخل بالوضع الثقافي السائد في المجتمع.

١٤- الجماعة المرجعية : (٢)

المقصود بالجماعة المرجعية هي تلك التي يشتق منها الفرد أحكامه وقيمه. ولقد ظهر هذا المفهوم نتيجة لإيمان كثير من العلماء الاجتماعيين بأن الفهم الكامل لضروب السلوك الاجتماعي يتطلب التعرف على العمليات التي من خلالها يربط الأفراد أنفسهم بالجماعات. والجماعات المرجعية هي أكثر الأسباب التي تدفع أعضاءها إلى الإدمان وتعاطي الخمر والمخدرات بصورة جماعية.

---

(١) المرجع السابق، ص ١٠٠ – ١٠١.
(٢) المرجع السابق، ص ١٠١ – ١٠٥.

فلقد نشأت بالمدن مجتمعات جديـدة لم تكن قائمة من قبل، من هذه المجتمعات، مجتمع الشـارع والنـواصي، فـالشباب يتجمعـون على نـواصي الشـوارع في شلل، ويتبادلون الأحـاديث المختلفة والتهامس، وأحيانا التـآمر على القيم التي يقول بها عالم الكبار، كما يتآمرون أحيانا على النظام القائم بالمدرسة أو الأسرة أو الحي.

ولعل هـذا المجتمع الجديـد بمثـابـة احتجـاج على الأسرة والمدرسـة من جـانب الشباب وإعـلان من جانبهم عن عدم اقتنـاعهم وعدم إيمانهم بالقيم والتـوجيهات والنظم التي تقـول بها الأسرة والمدرسة على السـواء، ومما لا شك فيـه أن مجتمع الشارع والنـواصي، مجتمع تلقائي لم يقم أحـد بتنظيمه ولم تـوضع له قـواعد أو تقاليد أو قوانين، فهو مجتمع نابع مـن حاجة نفسية أو اجتماعية حقيقية، اعتملت وتعتمل في نفوس شبابنا. وخطورة هذا المجتمـع تبدو في النتائج التربوية والنفسية والأخلاقيـة والاجتماعية التي تترتب عليه. فما يتهـامس به الشبـاب في هذا المجتمع يحمل في طيـاته الإطـاحة بـالقيم الأخـلاقية والاجتماعيـة، وفيه ضيـاع لتقديـر المسؤولية.

والجماعة المرجعية لا تكون من فئـة واحدة دائما أو من سن واحدة أو من مهنة واحـدة أو من أماكن واحـدة. ولكنهـا هي الجماعة التي يـؤمن أعضـاؤها بأفكـار متشابهة ويقومون بتحقيق أهداف مشـتركة.

ومن أهم أسباب تـر ابط الجماعات هي العادات العقلية الثابتـة فيها، وهي التي ترفض الأفكار الجديدة.

واندماج الفرد في جماعة مرجعية فاسدة يرجع أولا وقبل كل شيء إلى تصدع شخصية هـذا الفرد، أو على الأقل هناك الاستعـدادات العقلية والنفسية والفكـرية التي تعده لأن يكون عضوا بارزا في هذه الجماعة الفاسدة.

علمنـا الآن أن العوامل النفسيـة في الغالب هي الأسـاس في حالات الإدمـان، وفهم هذه العوامل ينطلق من فهم تأثير المخدر على المدمن ومـا يحققه له من شعور

تعويض عن النقص أو القلق أو الضعف الذي يحس به.

تعويضي عن النقص أو القلق أو الضعف الذي يحس به.

- أنواع المخدرات :

وفيما يلي سنعرض نبذة مختصرة عن بعض أنـواع المخدرات الشائع استعمالها بين الشبـاب المدمنين في الإمـارات والتي أكـدتها الاحصائيـات الـرسميـة التي تم الحصول عليها، وسنتناول هذه المخدرات من حيث طريقة استخراجها وأشكالها ، وطريقة تعاطيها، والآثار الجسمية والنفسية المترتبة على استخدامها.

١ـ الحشيش :

يستخـرج الحشيش من نبات القنب، وهـو السـائل المجفف للنبتة الـذي يصنع بأشكال مختلفة. ومادة الحشيش تباع خالصة، وتعد بعد ذلك طبقا لمزاج المتعاطي الذي يختلف في البلـد الواحد كما يختلف من بلد لآخـر. ومن المعروف أن الحشيش يباع أحيانا مخلوطا بمواد مخدرة أخرى، أو مـواد غذائية سكرية أو مواد عطارية. وهذا النوع الخليط من المخدر يأخـذ شكل المعاجين المختلفة.ويتم تعاطي الحشيش عادة إمـا عن طريق تدخينه وحـده أو مخلوطا بمواد مخدرة أخـرى، أو عن طريق شربه بعـد نقعه في مشروب ساخن كالشـاي أو القهوة. أو عن طريق مضغـه وحده مباشرة أو مع مواد غذائية أخرى.

وتختلف ردود فعل المتعـاطين للحشيش حسب سلوك الجماعـة التي يتعاطـون معها، ومن المألوف في منظر المتعاطي شعوره بـالنشوة المصحوبة بالضحك العالي والقهقهة بدون وجود ما يبرر ذلك، وتزداد حدة إدراك المرئيات والحواس بصورة عامة (١).

كما تختلف أيضـا آثـار الحشيش على جسم ونفـس المتعـاطي تبعـا لطـريقـة استعماله وتبعـا للكمية المتعـاطاة. **فعند تعـاطي الحشيش عن طريـق التدخين تظهر الآثار التالية :**

---

(١) سعد المغربي، مرجع سبق ذكره، ص ٢٣٢

جفاف بالفم وسقف الحلق – لعاب سميك – إلتهاب في الحلق يحدث سعالا – عطس شديد – إحمرار العيون – انخفاض في ضغط الدم – برودة في الأطراف ومن غير تقلصات حشوية وعضلية.

أما عند تعاطي الحشيش عن طريق الأكل فتظهر الآثار التالية :

ضغط على الصدغين – عرق وفير – سرعة وزيادة في النبض – برودة في الأطراف – عدم توازن وتآزر حركي في الجلوس والمشي – اتساع واحمرار العيون – غثيان وأحيانا قيء – إحساس بلفحات باردة أو ساخنة على الوجه – إحساس بالدوار – إحساسات جسمية خاطئة – دوي بالأذن – تقلصات عضلية حشوية.

ومن الاختلالات التي تحدث من تعاطي الحشيش اختلال أحجام الأشكال والمرئيات وكذلك المسافات، ومرور الزمن ببطء شديد للمتعاطي، وشعوره بأن الزمن قد توقف، واختلال الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة وكذلك الانتباه والتركيز، فالمتعاطي يبدأ بجملة معينة ثم ينسى البداية قبل أن يتم الجملة، أما بالنسبة للخيال والتخيل فينزلق المتعاطي في الخيال والتخيل مع ازدياد الجرعة فيخطىء في تفسير ما يدركه بالحواس ثم تعتريه الهلوسات البصرية والسمعية المصحوبة بشعور أنه توصل إلى حقائق وبواطن الأمور(١).

وعموما فإن ظهور هذه الأعراض ومدى شدتها إنما يخضع لعوامل كثيرة، منها التكوين البدني والنفسي للمتعاطي وحالته الصحية وقت التعاطي.

٢ ـ الأفيون :

هو العصارة الجافة الناتجة من تشريط الثمار غير الناضجة لنبات الخشخاش، حيث تسيل العصارة وتجمع.

ويوجد المخدر على هيئة كتل مختلفة في الشكل والحجم، ومن ناحية اللون فهو إما أحمر أو أسمر قاتم، مغلف بورق أحمر حيث يعرف بالأفيون الإيراني، أو ورق

---

(١)مركز أبحاث مكافحة الجريمة بالرياض، مرجع سبق ذكره، ص ٢٥٠ – ٢٥١.

زيتي حيث يطلق عليه الأفيون الهندي، أو قد يغلف بالأوراق المكسرة من نبات الخشخاش نفسه ويعرف عند ذلك بالأفيون التركي أو اليوغوسلافي. وعادة مايكون لمخدر الأفيون رائحة قوية مخدرة، وطعم مر المذاق.

وهناك عدة طرق لتعاطي الأفيون، وتختلف هذه الطرق من مجتمع إلى آخر. فالأفيون عادة ما يباع على شكل قطع مستديرة ملفوفة بورق السيلوفان، ويتم التعاطي عن طريق بلع القطع أو إذابتها في قليل من القهوة أو الشاي، أو الاستحلاب تحت اللسان أثناء شرب القهوة، كما يتم تعاطي الأفيون بالتدخين عن طريق السجائر أو الجوزة أو الشيشة وهذه الطريقة هي الأكثر شيوعا. وأحيانا يتم التعاطي عن طريق الحقن تحت الجلد أو الوريد وذلك بعد إذابة الأفيون في قليل من الماء(١).

وتعتمد الآثار النفسية والجسمية للأفيون على كمية الجرعة وفترة الإدمان ونقاوة المخدر. فجرعة صغيرة من الأفيون تحدث انتعاشا لطيفا وتثير الخيال وتطلق اللسان في كثير من الأحيان، ويستمر ذلك لعدة ساعات ثم تعقبها ارتخاء تام، وكلما ازدادت الجرعة ازدادت حالة الإثارة وقصرت مدتها ويعقبها نوم عميق.

وتختلف شدة الأعراض حسب طريقة التعاطي، فإذا ما أخذ الأفيون عن طريق الفم فإن الآثار تبدأ بعد حوالي نصف ساعة من التعاطي. أما إذا أخذ الأفيون عن طريق الحقن تحت الجلد فإن الآثار تظهر بعد بضعة دقائق.

أما الأضرار الناتجة من تعاطي الأفيون فهي :

الغثيان وعدم القابلية لتناول الطعام، الإمساك والارتباك وتصبب العرق، يحدث قيء وخاصة عند استخدامه والمعدة ممتلئة بالطعام، يعيق التبول ويحدث صعوبة في التخلص من البول وأحيانا تقلصات في الحالب أو المرارة، يجف اللعاب ويحمر الوجه مع الشعوربالدوخة وبطء في ضربات القلب وخفقانه مما يؤدي إلى

(١) عبد الرحمن مصيقر، الشباب والمخدرات في دول الخليج العربية، الطبعة الأولى (الكويت: شركة الربيعان للنشر والتوزيع، ١٩٨٥م) ص ٢٩ - ٣٠.

الغيبوبة، تغيرات في الحالة المزاجية، الشعـور بالتعب والضيق، ضيق حدقة العين، ارتفـاع الضغط، وتبـدأ الصحة بصـورة عـامة في التـدهـور تـدريجيا إذ تضمـر العضلات وتضعف الذاكرة وتظهر أعراض الشيخوخة المبكرة.

أمـا إذا تنـاول الشخص المدمن جـرعـة كبيرة من الأفيـون فسيـدخل في غيبوبة وتظهر عليه الأعراض التالية :

زرقـة وعـرق في الوجـه مع وضـوح رائحـة الأفيـون في الأنف والفم، ضيق في حدقتـي العين وعدم تأثـرها بـالضوء، هبوط في التنفـس، انخفاض عـام في درجة الحرارة، قد تحدث وفاة نتيجة لهبوط التنفس والإختناق.(١)

٣ ـ المورفـــين :

يستخـرج المورفين من قـش الخشخـاش مبـاشرة أو من مـادة الأفيـــون بعـد استخلاصها، ويوجد المورفين على ثلاثة أشكال هي :ـ

بلورات بيضاء، حبوب، سائل يحقن، وجميعها لا رائحة لها ولا طعم.

وهناك ثلاثـة طرق رئيسية لتعاطي المورفين، فهو إمـا أن يتناول بالبلع في الفم ويشرب معـه الشاي أو القهـوة، أو بـالتـدخين، أو يؤخـذ عن طـريق الحقن تحت الجلد٠ وتعتبر الطـريقة الأخيرة أكثرها شيـوعا وذلك لسرعة الحصـول على الآثار المنشودة(٢).

وتتشـابـه أعـراض الإدمـان على المورفين مع أعـراض الإدمـان على الأفيـون ومشتقاته والتي تتميز بالخصائص التالية :

-الإدمان المبكر الذي يزداد شدة مع زيادة كمية المخدر.

-حدوث إدمان نفسي وهو عبارة عن رغبـة ملحة للاستمرار في تناول المخدر للإشباع النفسي ولتجنب الضيق والقلق.

-حدوث أعراض الانقطاع خلال ساعات قليلة من تناول آخر جرعة.

---

(١) عبدالمجيد سيد أحمد منصور، الإدمان أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج (الرياض: مكتبة الطالب الجامعية، ١٩٨٦) ص ١٧١ – ١٧٢.

(٢) عبدالرحمن مصيقر، مرجع سبق ذكره ص ٣٠ – ٣١.

وتبلغ ذروتها خلال (٢٤ – ٢٨) ساعة ثم تهدأ قليلا. وتتميز أعراض الانقطاع بتمدد إنسان العين والأرق وأوجاع جسمانية عامة والقيء، وتختفي هذه الأعراض حال تناول المورفين أو أي مخدر شبيه له (١).

٤ ـ الهيروين :

يستخرج الهيروين من المورفين بعملية كيميائية بسيطة، وهو أكثر هذه المخدرات فعالية، إذ تعادل فعاليته ٥ – ٦ مرات فعالية المورفين، كما أنه يسبب الإدمان بسرعة.

والهيروين النقي عبارة عن مسحوق بلوري أبيض اللون مر الطعم وسريع الذوبان في الكحول. ولكن لون الهيروين الذي يشترى من الشارع قد يتفاوت ما بين أبيض وبني داكن بسبب ما يضاف إليه كالسكر الناعم والسكر البني أو الكاكاو، وهذه المواد تستخدم للتقليل من نقائه. وهناك ما يعرف بالهيروسين ولونه بني، كما أن الهيروين المكسيكي دائما بني اللون، أما الهيروين الذي يأتي من الشرق الأوسط والمصنع في فرنسا يكون لونه أبيض(٢).

ويتم تعاطي الهيروين عن طريق الحقن أو الاستنشاق أو التدخين والبلع. ويسبب الهيروين نفس الآثار المترتبة على تعاطي المورفين ولكنها تكون شديدة. ويحدث الإدمان بشكل مبكر (وعادة ما تختفي أعراض الانتعاش واللذة بسرعة لتحل محلها الآثار الخطرة للمستحضرات الأفيونية.

وتكمن خطورة هذا المخدر بتأثيره الكيميائي على الجهاز العصبي مما يجعله بحاجة مستمرة للمخدر. كما أن نتائج الإنقطاع عن المخدر تكون مؤلمة للغاية مما يدفع المدمن إلى ارتكاب أي شيء في سبيل الحصول على الجرعة اللازمة(٣).

ويتميز متعاطي الهيروين عادة باضطراب الشخصية مع سلوك ضد اجتماعي وتدهور اجتماعي وفشل مستمر في العمل، وعادة ما يتناول المدمن عدة عقاقير أخرى في نفس الوقت مثل الحشيش والكوكايين والأمفيتامين.

(١) مركز أبحاث مكافحة الجريمة بالرياض، مرجع سبق ذكره ص: ١٨٨
(٢) مركز ابحاث مكافحة الجريمة، مرجع سبق ذكره، ص: ١٢٩.
(٢) عبدالرحمن مصيقر، مرجع سبق ذكره ص: ٣٢.

ومن أهم الأعراض التي تظهر على متعاطي الهيرويين بعذ أخذه لحقنه هيروين والتي تستمر مفعولها، حوالي ٢ - ٣ ساعات، ما يلي :-

الشعور بالانفصال عن العالم الواقعي، قلة التركين، رفض الطعام، حكة في العيون والأنف والذقن، ورغبة في الهرش في الأيدي والرجلين، ولا يحب الإزعاج بواسطة أي مؤثر خارجي، وعندما يبدأ تأثير الحقنه في الزوال، يبدأ المدمن في الإحساس بالتوتر والعصبية، والعرق، والتثاؤب مع إفرازات من العين والأنف، وعادة ما يعاني مدمنو الهيرويين من التهابات الكبد، والتسمم، والأمراض التناسلية، وجلطات في الأوردة.

ونتائج الجرعة المفرطة تؤدي إلى هبوط في التنفس وارتخاء الجلد والتشنجات والغيبوبة، وقد يؤدي ذلك إلى الوفاة. وتصل جرعات المدمنين أحيانا من (٢٠٠-٣٠٠) ملليجرام في اليوم الواحد(١).

٥- الكوكايين :

يستخرج من شجيرة الكوكا التي تزرع في المناطق الجبلية الغربية في أمريكا الجنوبية. وهو عبارة عن مسحوق أبيض بلوري يشبه الثلج ويستخرج من أوراق نبات الكوكا الذي يقطف ويجفف في الشمس، ثم يعد كيميائيا لاستخراج الكوكايين. وهو مر المذاق. ويتم تعاطي الكوكايين إما عن طريق تناوله عن طريق الفم، ويستمر تأثير العقار عند ذلك لعدة ساعات ولكنه غالبا لايؤدي الهدف المنشود منه، ولذلك ولأسباب عملية، نادرا مايؤخذ الكوكايين عن طريق الفم لأنه أغلى كثيرا من أن يهدر بهذه الطريقة.

والطريقة الثانية في تعاطيه يكون عن طريق الاستنشاق ولهذه العملية طقوس خاصة حيث يقاس المسحوق بملعقة مخصصة ، للكوك ، ويوضع في مجموعات صغيرة على قطعة من الزجاج، غالبا ما تكون مرآة، وتقسم باستعمال شفرة أو آلة حادة أخرى إلى خطوط كل خط عبارة عن جرعة واحدة من العقار. عند ذلك

(١) أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، الطبعة السابعة، (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨م) ص ٣١٢.

يستعمل أنبوب لاستنشاق الكوكايين من خلاله إلى أنف المتعاطي. والتأثيرات الأولية المباشرة تكون سريعة لان الكوكايين يعبر وبسهولة إلى مجرى الدم ومنه إلى الدماغ، إلا أن الامتصاص يكون أبطأ بعد ذلك بسبب الضيق الذي يحدث في الأوعية الدموية الدقيقة في غشاء الأنف في موقع وضع العقار. ويمكن قياس مستوى المخدر في الدم بعد ١٠ دقائق من الاستنشاق ويصل الذروة بعد ٦٠ دقيقة، وذروة النشوة تحدث بعد ٢٠ دقيقة من الاستنشاق.

والطريقة الثالثة في تعاطي الكوكايين يكون عن طريق الحقن في الوريد وهو يشكل خطورة بالغة خاصة إذا كانت الجرعة أعلى من قدرة احتمال الجسم. وفي هذه الطريقة فإن. ١٠٪ من العقار تصل إلى مجرى الدم وبسرعة كبيرة. وذروة التأثير العقلي تحدث في حوالي ٣٠ ثانية بعد الحقن. ولاشك أن للحقن مخاطر صحية فريدة، تشمل التهاب الكبد، وأعراض فقد المناعة الذاتية (الإيدز) والالتهابات الأخرى المنقولة بالإبر.

أما الطريقة الرابعة في تناول الكوكايين فهي عن طريق التدخين ويكون ذلك بإحراق معجون الكوكايين واستنشاق الدخان. وهذه الطريقة تعطي ثمالة عالية وقوية لمدة دقيقتين إلى خمس دقائق. وهي تشبه مفعول الاستنشاق عن طريق الأنف. إلا أنه في التدخين فإن مساحة الأغشية المعرضة للعقار أكبر بالآف المرات منها عند استعمال الأنف. حيث أن الغشاء الداخلي الضخم للرئتين يكون معرضا بكامله لامتصاص العقار، وقد يؤدي ذلك إلى الموت المفاجيء بسبب الجرعات المفرطة(١).

ومن أهم الآثار النفسية والجسمية للكوكايين مايلي :

الشعور بالنشوة، وعدم وضوح الكلام، وفقد الاحساس بالزمان والمكان. ونظرا لقوة تأثير العقار على الجهاز العصبي فإن المتعاطي يصاب بهلاوس بصرية وسمعية وحسية وأوهام خيالية مثل الشعور بقوة عضلية فائقة، والشعور

(١) روبرت ل. ديبونت، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٢ - ١٩٣.

بالعظمة وقد يبالغ المتعاطي في تقدير قدراته الحقيقية ممايجعله شخصا خطرا قد يرتكب أعمال إجرامية ضد المجتمع. وفي حالة تناول الجرعات الكبيرة فإنه يؤدي إلى غيبوبة تنتهي بالوفاة. ومن المعروف أن الكوكايين يسبب اعتمادا نفسيا كبيرا ولكنه لايسبب اعتماد جسمانيا عاليا مثل المستحضرات الأفيونية(١).

٦- عقاقير الهلوسة :

وهي العقاقير التي يطلق عليها المهلوسات والمخبلات والتي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي فتحدث تغيرات نفسية تتراوح بين الشعور بالاكتئاب الشديد أو النشوة والمرح، كما تحدث هلوسات وأوهاما واختلالا زمنيا ومكانيا. ومن المعروف علميا أن هذه العقاقير لاتسبب اعتمادا جسمانيا لمتعاطيه ولكنها تسبب اعتمادا نفسيا تتفاوت درجته إلى حد كبير من مدمن إلى آخر(٢). ومن أكثر أنواع المهلوسات انتشارا هو عقار « إل إس دي » وهذا يحدث لمتعاطيه قلق وهلاوس بصرية وسمعية شديدة وقلة في الادراك الحسي للزمان والمكان، ويذهب بفكره في شبه غيبوبة تسمى «رحلة» قد تكون سارة وقد تكون مقلقة. ويستمر تأثير الجرعة من ٨ إلى ١٢ ساعة ينام بعدها المتعاطي ليقوم مستيقظا متنبها طبيعي الادراك. وتبقى معه لبعض الوقت ذكرى التجربة إذا كانت حلوة أو مرة. وخطورة هذه المواد ليس في الادمان، بقدر مالها من تأثير ضار قد يظهر بعد بضعة شهور، وبعد أن يكون المتعاطي قد نسى تماما كل شيء عن «الرحلة». وتظهر هذه الاعراض غالبا في شكل فصام، وقد تستمر أعراض الفصام هذه مدة طويلة، وقد لايشفى منها أبدا، وقد يكون نتيجة هذا كله أن يتسبب المدمن في دمار حياته كأن ينتحر بإلقاء نفسه من مكان مرتفع، او يشعل النار في نفسه أو أثاث منزله(٣).

٧- المذيبات الطيارة (المستنشقات) :

تشمل هذه المواد بعض أنواع الغراء والصمغ والبنزين والدهانات والسوائل

(١) عبدالرحمن مصيقر، مرجع سبق ذكره، ص ٣٤
(٢) عبدالمجيد أحمد منصور، مرجع سبق ذكره، ص ٢٤٢.
(٣) عبدالرؤوف ثابت، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٧.

المستخدمة في التنظيف الجاف ومزيلات البويات مثل «الثنر». وتتصف هذه المواد باحتوائها على مذيبات عضوية طيارة سريعة التبخر وذات أثر بالغ على المخ.

ويتم تعاطي هذه المذيبات الطيارة عن طريق :-

- تفريغ الوعاء الذي يحتوي على المذيبات في كيس من البلاستيك أو علبة فارغة ثم إمساك الفتحة بإحكام وتقريبها من الفم والأنف، لتتصاعد الأبخرة وتستنشق بعمق.
- أو عن طريق الاستنشاق مباشرة من الأوعية المحتوية عليها.
- أو وضعها على قطعة من القماش أو مواد تمتصها، ثم تمسك باليد ويكمم بها الفم.
- أو تسخين المذيبات الطيارة للحصول على كميات أعلى وأسرع من الأبخرة المتصاعدة.
- أو خلط المذيبات الطيارة مع مواد عطرية واستنشاقها أو إضافتها وخلطها مع المشروبات الكحولية (١).

وعن **تأثير المواد الطيارة وأضرارها** : شعور المتعاطي بالدوار والاسترخاء والهلوسات البصرية والدوار والغثيان والقيء أحيانا أو يشعر بالنعاس. ومن أهم المضاعفات الوفاة الفجائية نتيجة لتقلص أذين القلب، وتوقف النبض أو هبوط التنفس، أو الاختناق بعد أن يفقد الوعي ويظل رأسه داخل الكيس الذي يستنشق منه(٢). كما أن من مضاعفاتها أيضا تلف القلب والكبد والنخاع الذي يصنع كريات الدم، فيصاب المتعاطي بفقر الدم الشديد وعطب في المخ والذي قد يؤدي إلى التخريف، وقد تسبب بعض هذه المواد تورم في الرئتين. ومن مضاعفات وأضرار هذه المواد الانتحار، وحوادث السيارات، وجرائم العنف، وعادة ماتكون النسبة الغالبة من متعاطيها هم من صغار السن والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم من ٩ – ١٨ سنة(٣).

---

(٢) عبدالرحمن مصيقر، مرجع سبق ذكره، ص ٤١

(٣) عبدالمجيد سيد أحمد منصور، مرجع سبق ذكره ص ٢٠٣

(١) مركز أبحاث مكافحة الجريمة بالرياض، مرجع سبق ذكره، ص ١٤٤.

الفصل الثالث

حجم المخدرات

في دولة الإمارات

حجم المخدرات في دولة الإمارات :

إن قضـايا الاتجار في المخـدرات أو تعـاطيها لم تكن من القضـايـا المعروفـة في مجتمع الإمارات حتى بـداية السبعينات من هذا القـرن، وفي حالة وجود حـالة أو أكثر من هذه القضايا فإنها كـانت مقتصرة على بعض الوافدين الآسيويين فقط. إلا إنه وبعد منتصف السبعينات ونتيجة للتطور السريع الذي شهدته المنطقة والانفتاح الشديد على دول العـالم وتوافد الأيدي العـاملة من الجنسيات المختلفـة على الدولة بـدأت تظهر أمـراضا وجـرائم اجتماعيـة خطيرة لم يكن المجتمع يعرفهـا من قبل. وجرائم المخدرات كانت إحدى إفرازات هذا التطور والتمدن السريع.

إن المتتبع لقضـايا وجـرائم المخدرات في دولة الإمـارات خلال الخمـس سنوات الماضيـة سيلاحظ أن هـذه القضايـا أصبحت تنذر بـالخطر الكبير الـذي يهدد أمن الحياة الاجتماعيـة في المجتمع واستقراره. فلقد تـزايد عـدد هذه القضايـا بصورة سريعة وكبيرة خلال فترة وجيزة، وأصبحت لاتقتصر على الـوافدين إلى الدولة كما كان معـروفا في السابق، وإنما أصبحت تشمل أعدادا كبيرة من المواطنين وخـاصة الشباب الـذين تتراوح أعمارهم مابين ١٥ إلى ٣٥ سنة والـذين تتزايـد أعدادهم بين فترة وأخرى وبصـورة مثيرة للقلق. وإن كانت الاحصـائيات الـرسمية لاتشير إلى ذلك صراحـة ولاتعطي الصورة الحقيقيـة لحجم المشكلـة في دولة الإمـارات. إلا أن الإحصائيات المعروضة في هذه الدراسة قـد تعطينا فكرة عامة عن قضايا المخدرات في دولة الإمارات.

أولاً - احصائيات وزارة الداخلية :

الجدول التالي يبين عدد جرائم المخـدرات ونسبته من إجمالي عدد الجرائم بصفة عامة في دولة الإمارات في الفترة من عام ١٩٨٥م وحتى ١٩٨٩م.

جدول (١)

عدد جرائم المخدارت ونسبته من إجمالي عدد الجرائم بصفة عامة في دولة الإمارات في الفترة من ١٩٨٥ - ١٩٨٩م

السنوات	عدد الجرائم بصفة عامة في دولة الإمارات	عدد المقبوض عليهم في قضايا المخدرات	النسبة
١٩٨٥	٢٠٨٣٥	٤٢٣	٪٢,٠٣
١٩٨٦	٢٢٣٤٠	٤١٤	٪١,٨٥
١٩٨٧	٢٣٩٢٩	٢٨٣	٪١,١٨
١٩٨٨	٢٢٧٦٨	٤٠٠	٪١,٧٥
١٩٨٩	٢٤٣٤٧	٤٧٢	٪١,٩٣
	١١٤٢١٩	١٩٩٢	٪١,٧٤

المصدر : المجموعات الاحصائية السنوية التي تصدرها وزارة الداخلية بدولة الإمارات.

أما الجدول الثاني فإنه يشير إلى عدد قضايا المخدرات في إمارات الدولة في الفترة من عام ١٩٨٥ م وحتى عام ١٩٨٨م.

جدول (٢)

عدد قضايا المخدارات في إمارات الدولة في الفترة من ١٩٨٥ - ١٩٨٨م

السنوات	الإمارة	عدد القضايا
١٩٨٥	ابوظبي دبي الشارقة عجمان أم القيوين رأس الخيمة الفجيرة	٨٠ ١٠٧ ٣٩ ٦ ٣ ١٨ ٣
	المجموع	٢٥٦
١٩٨٦	أبوظبي دبي الشارقة عجمان أم القيوين رأس الخيمة الفجيرة	٧٣ ١٠٦ ٤١ ١٢ ٢ ١١ ٧
	المجموع	٢٥٢
١٩٨٧	أبوظبي دبي الشارقة عجمان أم القيوين رأس الخيمة الفجيرة	١٣٧ ٢٢٣ ٥٨ ٣٠ ٤ ٢١ ١٠
	المجموع	٤٨٣
١٩٨٨	أبوظبي دبي الشارقة عجمان أم القيوين رأس الخيمة الفجيرة	٤٩ ١٢٥ ٢٨ ١٩ ٣ ١٥ ١٤
	المجموع	٢٤٨

المصدر : المصدر السابق.

يشير الجدول الثاني إلى أن إمـارة دبي من أكثر إمـارات الدولـة التي ارتفع فيها عدد قضايا المخدرات خـلال الفترة من ١٩٨٥ – ١٩٨٨ بالرغم من أنها ليست أكثر الإمـارات كثـافة في السكـان حيث يبلغ إجمالي عـدد السكـان في إمـارة دبي حسب احصائيـات ١٩٨٥م، مايقارب الـ (٤١٩١٠٤) نسمـة بينما يزيد عـدد السكان في إمارة أبوظبي عن ذلك بحيث يقـارب الـ (٦٧٠١٢٥) نسمة(١). كما أن إجمالي عدد الجرائم بصفة عـامة في إمـارة دبي خلال هـذه الفترة كان حـوالي (٢٣٧٢٨) بينما ارتفع هـذا العـددإلى (٣٦٩٧٨) في إمارة أبـوظبي في حين عـدد المقبـوض عليهم في قضايـا المخدرات خلال تلك الفترة في إمـارة دبي كان حوالي (٧٨٠) شخصـا أما في إمارة أبـوظبي فكان عددهـم حوالي (٤٧٨) شخصا. وهـذا يشير إلى أن إمارة دبي بحكم مـوقعهـا كمركـز تجاري للمنطقـة وبحكم النشـاطـات التجاريـة المختلفـة والمتعددة فيها جعلها أكثر عرضة من غيرها من الإمارات لهذه الأنواع من التجارات الممنوعة.

أما الجدول الثالث فإنه يبين جنسيات المتـورطين في جرائم وقضايا المخدرات في إمارات الدولة خلال الفترة من عام ١٩٨٥م وحتى عام ١٩٨٩م.

---

(١) المجموعات الإحصائية السنوية التي تصدرها وزارة الداخلية بدولة الإمـارات.

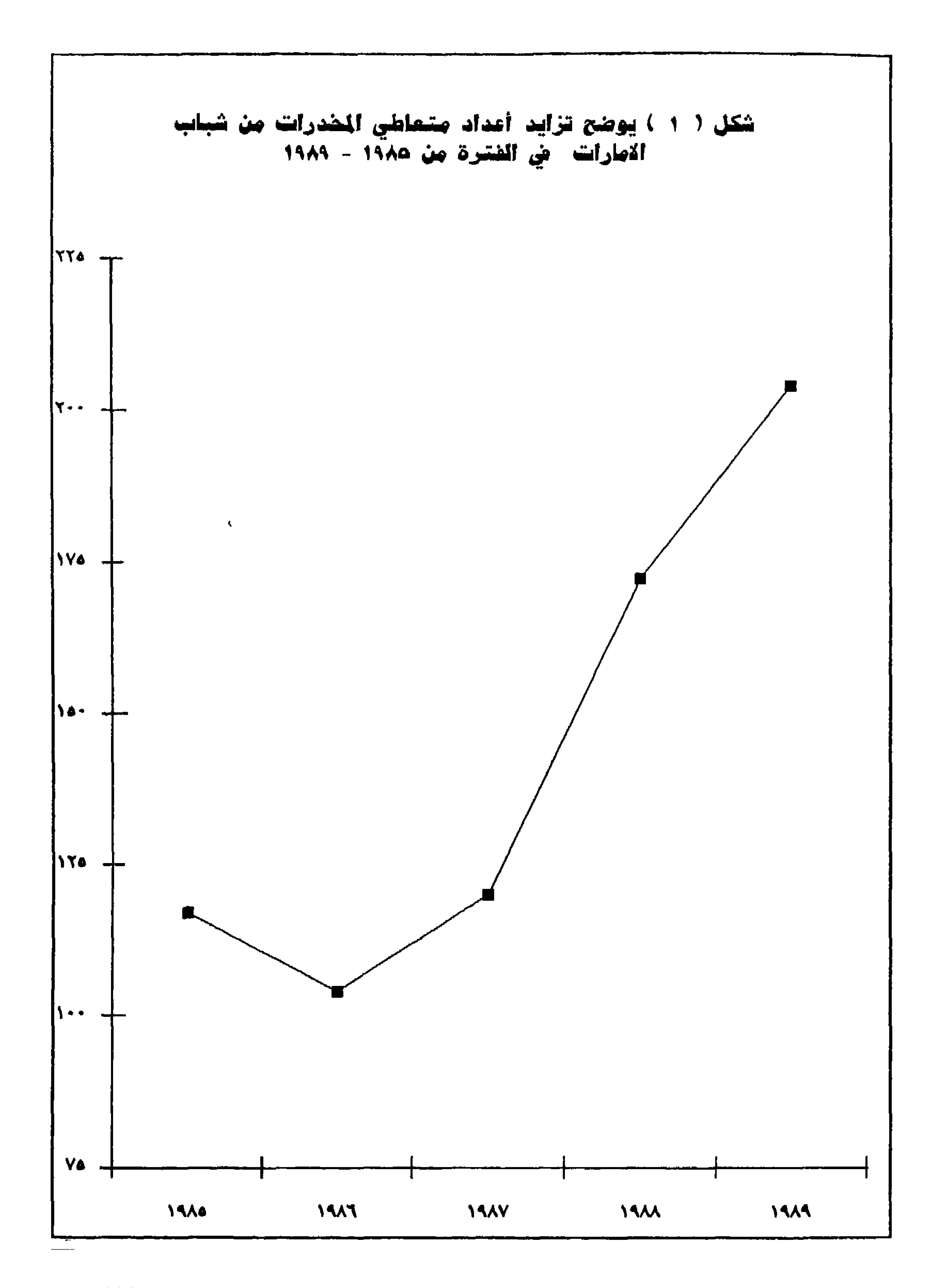
جدول (٣)

تجار ومتعاطو المخدرات بالدولة حسب الجنسيات والإمارة خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٨٩م

السنوات	الإمارة / الجنسية	أبوظبي	دبي	الشارقة	عجمان	أم القيوين	رأس الخيمة	الفجيرة	المجموع
١٩٨٥م	إمارات	٣٠	٤٢	٢٧	١	-	١٥	٢	١١٧
	عرب	٣٤	٢٥	٩	-	٢	٣	-	٧٣
	آسيويون	٨٦	٨٦	٢٠	٩	١	١٢	٢	٢١٦
	أفريقيون	-	٤	-	-	-	-	-	٤
	أجانب	١	٩	٣	-	-	-	-	١٣
	بدون	-	-	-	-	-	-	-	-
	المجموع	١٥١	١٦٦	٥٩	١٠	٣	٣٠	٤	٤٢٣
١٩٨٦م	إمارات	١٩	٤٢	٣٢	٥	١	٤	١	١٠٤
	عرب	٢٧	٢٥	١٥	٧	١	٣	٣	٨١
	آسيويون	٤٥	٩٧	٢٠	٩	-	٦	٣	١٨٠
	أفريقيون	٤	٢٩	١	-	-	-	-	٣٤
	أجانب	٤	٥	٤	-	-	-	٢	١٥
	بدون	-	-	-	-	-	-	-	-
	المجموع	٩٩	١٩٨	٧٢	٢١	٢	١٣	٩	٤١٤
١٩٨٧م	إمارات	٢٨	٥٤	٩	١٥	٣	٥	٦	١٢٠
	عرب	٣١	١٧	٨	١٠	١	٤	٢	٧٣
	آسيويون	٧٤	١٣٩	٤٠	٤	-	١٢	٢	٢٧١
	أفريقيون	٣	٦	-	١	-	-	-	١٠
	أجانب	١	٢	-	-	-	-	-	٣
	بدون	-	٥	١	-	-	-	-	٦
	المجموع	١٣٧	٢٢٣	٥٨	٣٠	٤	٢١	١٠	٤٨٣
١٩٨٨م	إمارات	١٧	١٠١	٣٣	٥	١	٤	١١	١٧٢
	عرب	٢٧	١١	٨	١١	-	٣	١	٧١
	آسيويون	٣٥	٦٨	١٥	٧	٣	٨	-	١٣٦
	أفريقيون	١	٤	٣	-	-	-	-	٨
	أجانب	-	١	١	-	-	-	-	٢
	بدون	١	٨	-	-	-	-	٢	١١
	المجموع	٩١	١٩٣	٦٠	٢٣	٤	١٥	١٤	٤٠٠
١٩٨٩م	إمارات	٤٨	٨٠	٢٨	٤	٢٦	٥	١٣	٢٠٤
	عرب	٣٩	٢٨	٩	٣	٢	١	٤	٨٦
	آسيويون	٤٦	٦٣	٢٧	٨	٢	٩	٥	١٦٠
	أفريقيون	-	٥	-	-	-	-	-	٥
	أجانب	٢	١	-	-	-	-	-	٣
	بدون	-	١١	-	-	٢	-	١	١٤
	المجموع	١٣٥	١٨٨	٦٤	١٥	٣٢	١٥	٢٣	٤٧٢

المصدر: المصدر السابق

يبين الجدول السـابق أنه خـلال الأعـوام من ١٩٨٥م وحتى عام ١٩٨٧م كـان الآسيويون هم أكثر الجنسيات تورطـا في جرائم المخدرات، ويليهم الإماراتيون ثم الجنسيات العربيـة الأخرى، ولكن حدث تغير في ترتيب هـذه الجنسيات في العامين ١٩٨٨م و ١٩٨٩م حيث أصبح الإمـاراتيـون يحتلـون المرتبـة الاولى في جـرائم المخدرات وتـراجع الآسيويون إلى المرتبـة الثانية، بينما احتل العـرب من جنسيات مختلفة المرتبـة الثالثة، ويعتبر هـذا مؤشرا خطيرا يـدل على سرعة انتشار ظـاهرة تعاطي المخدرات والتجارة فيها بين صفـوف شباب الإمارات، ويستدعي ذلك بذل كافة الجهود والوسائل للحد من تفشي هذه الظاهرة الخطيرة وانتشارها في المجتمع.


شكل (١) يوضح تزايد أعداد متعاطي المخدرات من شباب
الامارات في الفترة من ١٩٨٥ - ١٩٨٩
٢٢٥
٢٠٠
١٧٥
١٥٠
١٢٥
١٠٠
٧٥
١٩٨٥
١٩٨٦
١٩٨٧
١٩٨٨
١٩٨٩

والجدول التالي يبين كميات وأنواع المخدرات المضبوطة في إمارات الدولة خلال الفترة من عام ١٩٨٥م وحتى عام ١٩٨٨م.

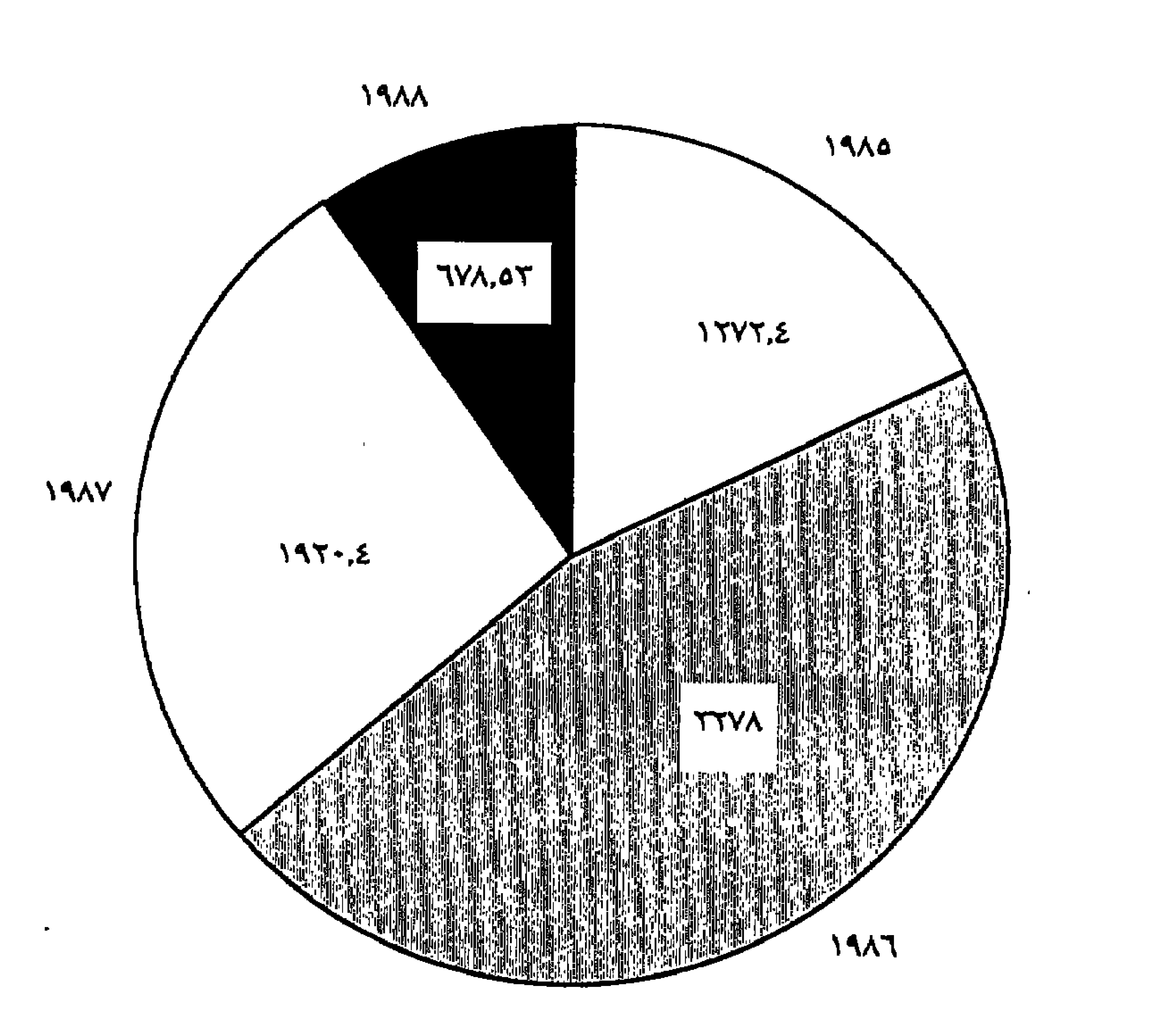
جدول (٤)

مقارنة بين كميات وأنواع المخدرات المضبوطة بإمارات الدولة خلال الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٨٨م

السنوات	الوزن والنوع	حشيش		أفيون		هيروين		ماريجوانا		قات		المجموع	
	الإمارة	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك
١٩٨٥م	أبوظبي	٣٧٩	٥١	٨٦٣	٦	٥٢٢	١.	.٥٠.	٤	–	.–	٨١٤	٧٢
	دبي	٩٥٧	١١٤١	٨٧.	٣	٢٦٣	٢٨	٦٩٣	–	٦١٦	٦	٣٩٩	.١١٨١
	الشارقة	١٥	٥	١٤	٣	١٤.	–	–	–	–	–	١٦٩	٨
	عجمان	٣٩٤	١	٤.٦	–	٩.٧	١	–	–	–	–	٧.٧	٣
	أم القيوين	١٨٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٨٦	–
	رأس الخيمة	٨٩.	–	٢٨	–	٥٩٦	–	–	–	–	–	٥١٤	١
	الفجيرة	٥٦.	–	١٧	٤	–	–	–	–	–	–	٥٧٧	٤
	المجموع	٢٨١	١٢.١	١٩٨	١٨	٤٢٨	٤١	٧٤٣	٤	٦١٦	٦	٣٦٦	١٢٧٢
١٩٨٦م	أبوظبي	٥٤٤	١٨	٣٩٣	٣	–	–	–	–	٦..	١٤٣	٥٣٧	١٦٥
	دبي	٨.٩	٢٧٢١	.٦٧	٤١	–	–	٣٢٣	–	٤٩٤	١	٦٩٣	٢٧٦٤
	الشارقة	٥٢٦	٣٣٨	٨٩٨	٥	–	–	–	–	–	–	٤٢٤	٢٤٤
	عجمان	١٣٦	٣	٤١٨	–	–	–	–	–	–	–	٥٥٤	٣
	أم القيوين	.٣٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	.٣٥	–
	رأس الخيمة	–	–	..٧	–	–	–	–	–	–	–	..٧	–
	الفجيرة	.٥٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	.٥٥	–
	المجموع	١.٥	٣.٨٢	٧٨٣	٥.	–	–	٣٢٣	–	.٩٤	١٤٥	٣.٥	٢٢٧٨
١٩٨٧م	أبوظبي	.٩٥	٥٥	٣٧٥	٢	٥٧٥	٥	–	–	–	–	.٤٥	٦٣
	دبي	٤٤١	١.٣٨	١..	٣	١٤٥	٤.	.٦٧	١	–	–	٧٥٣	١.٨٢
	الشارقة	٣٩٤	٧٦٢	١١٥	–	٦٣٧	٢	–	–	–	–	١٤٦	٧٦٥
	عجمان	١.٣	–	–	–	.٨٤	٦	١	١	–	–	٢٨٧	٧
	أم القيوين	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	رأس الخيمة	.٧٤	–	٣٤٤	١	٦٥٩	–	–	–	–	–	.٧٧	٢
	الفجيرة	.٥١	–	–	–	..٥	–	–	–	–	–	.٥٦	–
	المجموع	.١٣	١٨٥٧	٩٣٤	٦	١.٥	٥٥	١٦٧	٢	–	–	٣٦٤	١٩٢.
١٩٨٨م	أبوظبي	٢٤٥	٢٣	.١٢	–	٣.٦	٢	–	–	–	–	٥٦٣	٢٥
	دبي	١١٥	١٤٢	٣٧.	٤	٦٤٢	١٢	٥٥٨	٢	٢٣٥	٣	٩٢	١٦٤
	الشارقة	.٩١	٣	–	–	٤١١	–	٦٩٦	١	–	–	١٩٨	٥
	عجمان	١..	٣	–	–	٦٥٤	–	–	–	–	–	٧٥٤	٣
	أم القيوين	٨٣.	٤٧٨	–	–	–	–	–	–	–	–	٨٣.	٤٧٨
	رأس الخيمة	.٩٩	–	.١.	–	١.٥	–	–	–	–	–	٢١٤	–
	الفجيرة	.٢٦	–	–	–	.٢٢	–	–	–	–	–	.٤٨	–
	المجموع	٥.٦	٦٥.	٣٩٢	٤	١٤	١٦	٢٥٤	٤	٢٣٥	٣	٥٢٧	٦٧٨

المصدر: المصدر السابق

شكل (٢) يوضح حجم المخدرات المضبوطة بالكيلوجرام في الإمارات في الفترة من ١٩٨٥ - ١٩٨٨



تشير نتـائج هـذا الجدول إلى أن كميات المخـدرات المضبـوطـة تـرتفع في بعض السنـوات وتنخفض في سنـوات أخـرى، ومعظمهـا كـانت تضبط في إمـارتي دبي والشارقة، إلا أن هذه الكميات المضبوطـة لا تعطي الصورة الكاملة والدقيقة لحجم الظاهرة في مجتمـع الإمارات، كما أنها لا تعطي فكرة واضحة عن نـوعية المخدرات المنتشرة في المجتمع. ففـي حين يشير الجدول إلى أن مخدر الحشيش هـــو أكثـــر المخدرات انتشـارا نجد أن نتـائج عينة الدراســة تشير إلى أن ما يـزيد عن ٥١٪ من أفراد العينة يتعاطون مخدر الهيروين ومثل هـذه النسبة تحتاج إلى كميات أكبر من تلك المذكورة بـالجدول خاصة إذا وضعنـا في الاعتبار أن هنـاك مدمنين كثيرين لم تشملهم الدراسة ويتعاطون هذا المخدر.

عموما فإن كميات المخدرات المضبوطة في الدولة تشير إلى مدى ضخامة الاحجام التي ترد إلى الدولة خاصة إذا علمنا أن الكميات المضبوطة غالبا ما تكون بين ٥٪ إلى ١٠٪ فقط من مجموع الكميات المتداولة. (١)

ثانياً احصائيات شرطة دبي :

نظـراً لأن إمارة دبي كـانت من أكثـر الإمـارات التي ارتفع فيهـا عـدد قضايـا المخدرات، كما أشارت إلى ذلك نتائج الجدول الثاني – فسنتعرض لقضية المخدرات في هذه الإمـارة بشيء من التفصيل لكي نلقي الضوء على مدى انتشـار المخدرات في دولة الإمارات.

والجدول التالي يبين لنا عدد قضايـا المخدرات وعدد الأشخاص المقبوض عليهم في هذه القضـايا وكمية المخـدرات المضبوطة في إمـارة دبي، وذلك خلال الفترة من عام ١٩٨٥ وحتى عام ١٩٩١م.

---

(١) المجموعات الإحصائية السنوية التي تصدرها وزارة الداخلية بدولة الإمارات.

جدول (٥)

عدد قضايا المخدرات المضبوطة وعدد الأشخاص المقبوض عليهم في هذه القضايا وكمية المخدرات المضبوط في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥ م - ١٩٩١م.

السنوات	عدد المقبوض عليهم	عدد القضايا	كمية المخدرات المضبوطة بالكيلو
١٩٨٥	١٦٦	١٠٨	١٢٠١
١٩٨٦	١٩٨	١٠٥	٢٧٧٦
١٩٨٧	٢٢٣	١٤١	١٠٨٢
١٩٨٨	١٩٣	١٢٥	١٦٥
١٩٨٩	١٨٨	١١٩	٥٩
١٩٩٠	٢٠٣	١١٥	٩٧
١٩٩١	١٨٣	١٠٠	١١٠
المجموع	١٣٥٤	٨١٣	٥٤٩٠

المصدر : إحصائيات مكتب مكافحة المخدرات بشرطة دبي.

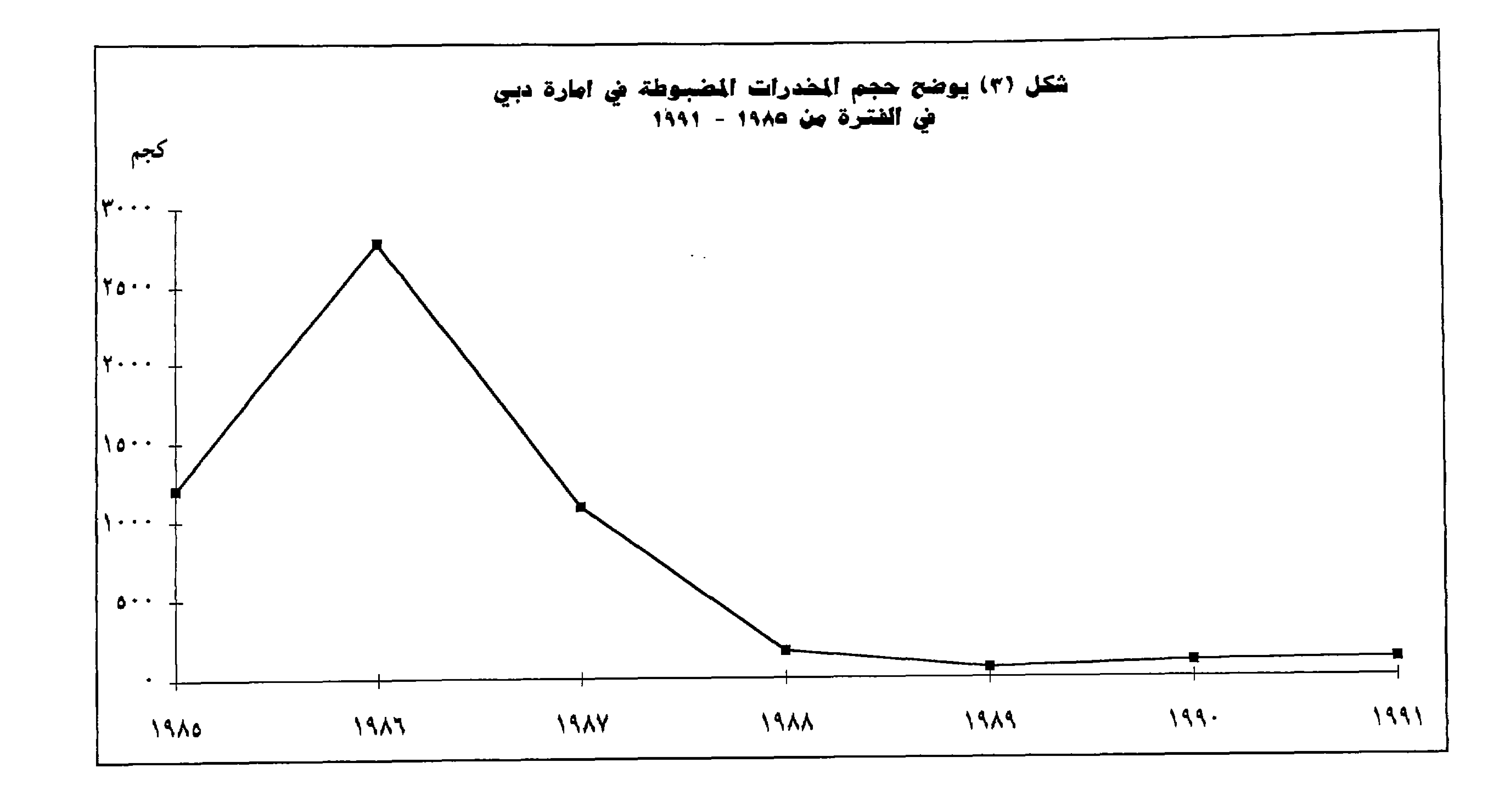
أما الجدول التالي فإنه يعرض كميات وأنواع المخدرات المضبوطة في إمارة دبي خلال الفترة من عام ١٩٨٥م وحتى عام ١٩٩١م.

جدول (٦)

مقارنة بين كميات وأنواع المخدرات المضبوطة في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م حتى ١٩٩١م

السنوات	حشيش		أفيون		هيروين		قات		كوكايين		ماريجوانا		أنواع أخرى		المجموع		أقراص مخدرة
	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	ج	ك	
١٩٨٥	٩٥٧	١١٤١	٨٧٠	٣	٢٦٣	٢٨	٦١٦	٦	-	-	٦٩٣	-	٧٦٤	١٩	١٦٣	١٢٠١	١٠٥
١٩٨٦	٨٠٩	٢٧٢١	٦٧	٤١	٧٦١	١٠	٤٩٤	١	٢١٥	-	٢٢٢	-	٧٠	-	٩٧٢	٢٧٧٦	٩٩٠٧٢
١٩٨٧	٤٤١	١٠٣٧	١٠٠	٣	١٤٥	٤٠	-	-	٢	-	٦٧	١	١٩٣	-	٧٤٩	١٠٨٢	٦٥٨٦
١٩٨٨	١١٥	١٤٢	٣٧٠	٤	٦٤٢	١٢	٢٣٥	٣	-	-	٥٥٨	٢	٤٢	-	٣٤	١٦٥	١٦٩٠
١٩٨٩	٤٨٩	٨	١٠١	٢٠	٢٢٧	٢٩	٧٤٧	-	-	-	١٥	-	-	-	٧١٤	٥٨	٢٧١٧
١٩٩٠	٢١٣	٥٣	٤٣٩	٧	٤٢٨	٣٦	٥٨٩	٨	-	-	٧٦	-	٨	-	٣٢٩	٩٧	٤٧٠
١٩٩١	٦٥٢	٣٨	٨٨٨	٥	٧٩٥	١٣	٣٧٥	٥٢	٠٠٣	-	-	-	١٧	-	٧٣	١١٠	٤١٨
المجموع	٧٧٦	٥١٤٣	٤٣٨	٨٦	٢٦١	١٦١	٥٦	٧٣	٤١٨	-	١٥٤	٦	٨٩٤	٢١	٩٩٧	٥٤٩٢	١١١٠٥٨

المصدر : المصدر السابق



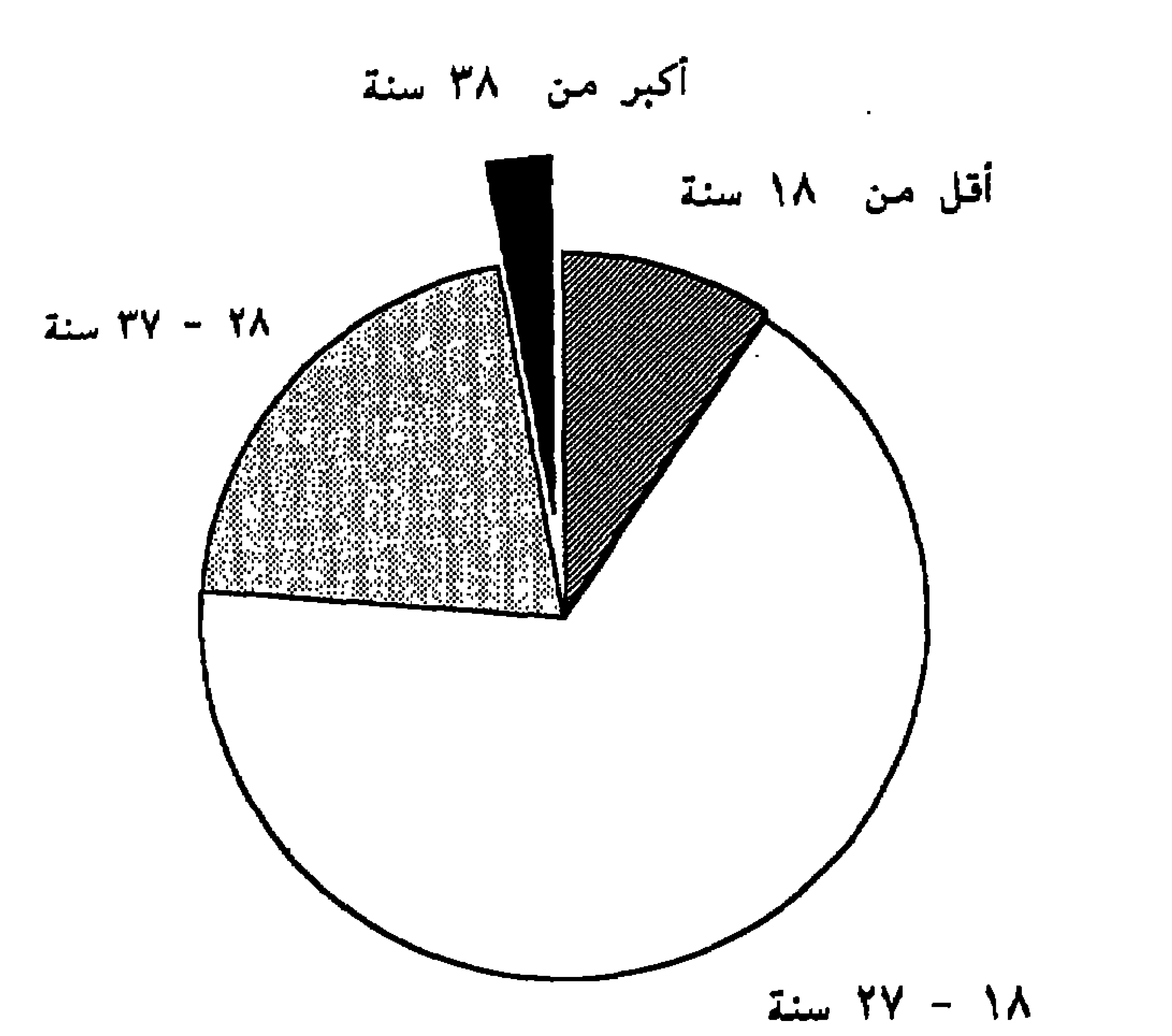
شكل (٣) يوضح حجم المخدرات المضبوطة في امارة دبي
في الفترة من ١٩٨٥ - ١٩٩١
كجم
٣٠٠٠
٢٥٠٠
٢٠٠٠
١٥٠٠
١٠٠٠
٥٠٠
٠
١٩٨٥
١٩٨٦
١٩٨٧
١٩٨٨
١٩٨٩
١٩٩٠
١٩٩١

يلاحظ من نتائج الجدولين الخامس والسادس أن عدد قضايا المخدرات وعدد المتهمين في هذه القضايا خلال الفترة من ١٩٨٥م وحتى ١٩٩١م لم يشهد تغيرات كبيرة تذكر، إلا أن الملاحظ على كمية المخدرات المضبوطة أنها انخفضت بشدة وقد يوحي ذلك بأن كميات المخدرات الواردة إلى الدولة قد قلت والحقيقة أن تزايد أعداد المدمنين والمتعاطين للمخدرات يؤكد على أن كمية المخدرات التي ترد إلى الدولة ما زالت كبيرة، وقد يكون انخفاض الكميات المضبوطة في السنوات الأخيرة نتيجة لزيادة حرص تجار المخدرات واكتشافهم لأساليب جديدة في إدخال المخدرات للدولة، كما أن الموقع الجغرافي للدولة وتمتعه بسواحل واسعة نسبيا يحتاج إلى جهود مكثفة وإمكانيات كبيرة لإحكام الرقابة.

ونظرا لأن معظم السواحل والموانيء الخليجية لا يتوفر فيها الحزام الأمني الذي يجب توافره، فإن أي كمية من المخدرات ومهما زاد وزنها تستطيع أن تنفذ عن طريق البحر.

وكما ذكرنا سابقا فإن الكميات المضبوطة لا تعطي فكرة واضحة عن نوعية المخدرات المنتشرة في الدولة.

شكل (٤) يوضح الفئات العمرية لمتعاطي المخدرات من المواطنين في امارة دبي من ١٩٨٦ - ١٩٩١م.



أما بالنسبة لجنسيات وأعمار الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي فإن الجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٧)

يبين جنسيات وأعمار الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م وحتى ١٩٩١ م

السنوات	الفئات العمرية / الجنسيات	أقل من ١٨		١٨ – ٢٧		٢٨ – ٣٧		٣٨ فما فوق		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	مجموع المتورطين في قضايا المخدرات
		د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
١٩٨٦	إمارات	٦	–	٢٧	–	٧	–	٢	–	٤٢	–	٤٢	١٦٦
	عرب	–	–	١١	–	٩	١	٤	–	٢٤	١	٢٥	
	أسيويون	–	–	٢٤	–	٤٢	٢	١٨	–	٩٥	٢	٩٧	
	أفريقيون	١	–	٧	٢	١٣	٥	١	–	٢٢	٧	٢٩	
	اجانب	–	–	–	–	١	–	٢	١	٤	١	٥	
١٩٨٧	إمارات	٥	–	٤٩	–	–	–	–	–	٥٤	–	٥٤	١٩٨
	عرب	١	–	١٦	–	–	–	–	–	١٧	–	١٧	
	أسيويون	٢	–	١٢٤	٢	–	–	–	–	١٢٧	٢	١٣٩	
	أفريقيون	–	–	٢	٢	–	١	–	–	٢	٤	٦	
	اجانب	–	–	٢	–	–	–	–	–	٢	–	٢	
	بدون	١	–	٤	–	–	–	–	–	٥	–	٥	
١٩٨٨	إمارات	١٤	–	٦٦	–	١٩	–	٢	–	١٠١	–	١٠١	٢٢٣
	عرب	١	–	٢	–	٦	–	–	١	١٠	١	١١	
	أسيويون	١	–	٢٩	–	٢٤	١	١٣	–	٦٧	١	٩٨	
	أفريقيون	–	–	–	–	٤	–	–	–	٤	–	٤	
	اجانب	–	–	١	–	–	–	–	–	١	–	١	
	بدون	١	–	٥	–	٢	–	–	–	٨	–	٨	
١٩٨٩	إمارات	٨	–	٤٩	–	٢٣	–	–	–	٨٠	–	٨٠	١٨٨
	عرب	٢	–	٩	–	١٤	–	٣	–	٢٨	–	٢٨	
	أسيويون	٧	–	١٨	–	٢٠	١	١٧	–	٦٢	١	٦٣	
	أفريقيون	–	–	–	–	٣	–	٢	–	٥	–	٥	
	اجانب	–	–	–	–	–	–	١	–	١	–	١	
	بدون	١	–	٥	–	٣	–	٢	–	١١	–	١١	
١٩٩٠	إمارات	٤	١	٥٣	–	١١	–	٣	–	٧١	١	٧٢	٢٠٢
	عرب	–	–	٨	–	١٢	١	٢	–	٢٢	١	٢٣	
	أسيويون	٢	–	٢٩	–	٢٦	٢	١٨	–	٧٥	٢	٧٧	
	أفريقيون	–	–	–	–	٣	–	٢	–	٥	–	٥	
	اجانب	–	–	–	–	١	١	–	١	١	٢	٣	
	بدون	–	–	١٥	–	٥	١	٢	–	٢٢	١	٢٣	
١٩٩١	إمارات	٣	–	٤٢	–	٢٩	–	٤	–	٧٨	–	٧٨	١٨٢
	عرب	١	–	٨	١	٢	–	١	–	١٢	١	١٣	
	أسيويون	٧	–	٢٥	–	٢٥	–	١٠	–	٦٧	–	٦٧	
	أفريقيون	–	–	–	–	١	١	–	١	١	٢	٢	
	اجانب	–	–	–	–	١	–	–	–	١	–	١	
	بدون	١	–	١١	١	٦	–	٢	–	٢٠	١	٢١	

المصدر : المصدر السابق

يلاحظ على الجدول السابق أن معظم المتورطين في قضايا المخدرات من المواطنين يقعون في الفئة العمرية من ١٨ – ٢٧ سنة ، كما أن أعدادهم بدأت تتزايد في الفئة العمرية التالية وهي من ٢٨ – ٣٧ سنة ابتداء من عام ١٩٨٨م، وهذا يعتبر مؤشرا خطيرا ينذر بتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب المواطن من مختلف الفئات العمرية.

أما الجدول رقم (٨) فإنه يبين أن المواطنين كانوا يحتلون المرتبة الأولى بين عدد من الجنسيات الأخرى في قضايا المخدرات ابتداء من عام ١٩٨٥م وحتى عام ١٩٩١م وكان الباكستانيون يحتلون المرتبة الثانية ، والإيرانيون المرتبة الثالثة فيما عدا عام ١٩٨٧م حيث كان الباكستانيون في المرتبة الأولى ويليهم المواطنون ، في حين أنه ابتداء من عام ١٩٨٨م أصبح الإيرانيون يحتلون المرتبة الثانية وبدأت فئة البدون جنسية في الظهور في المرتبة الثالثة ابتداء من عام ١٩٩٠م.

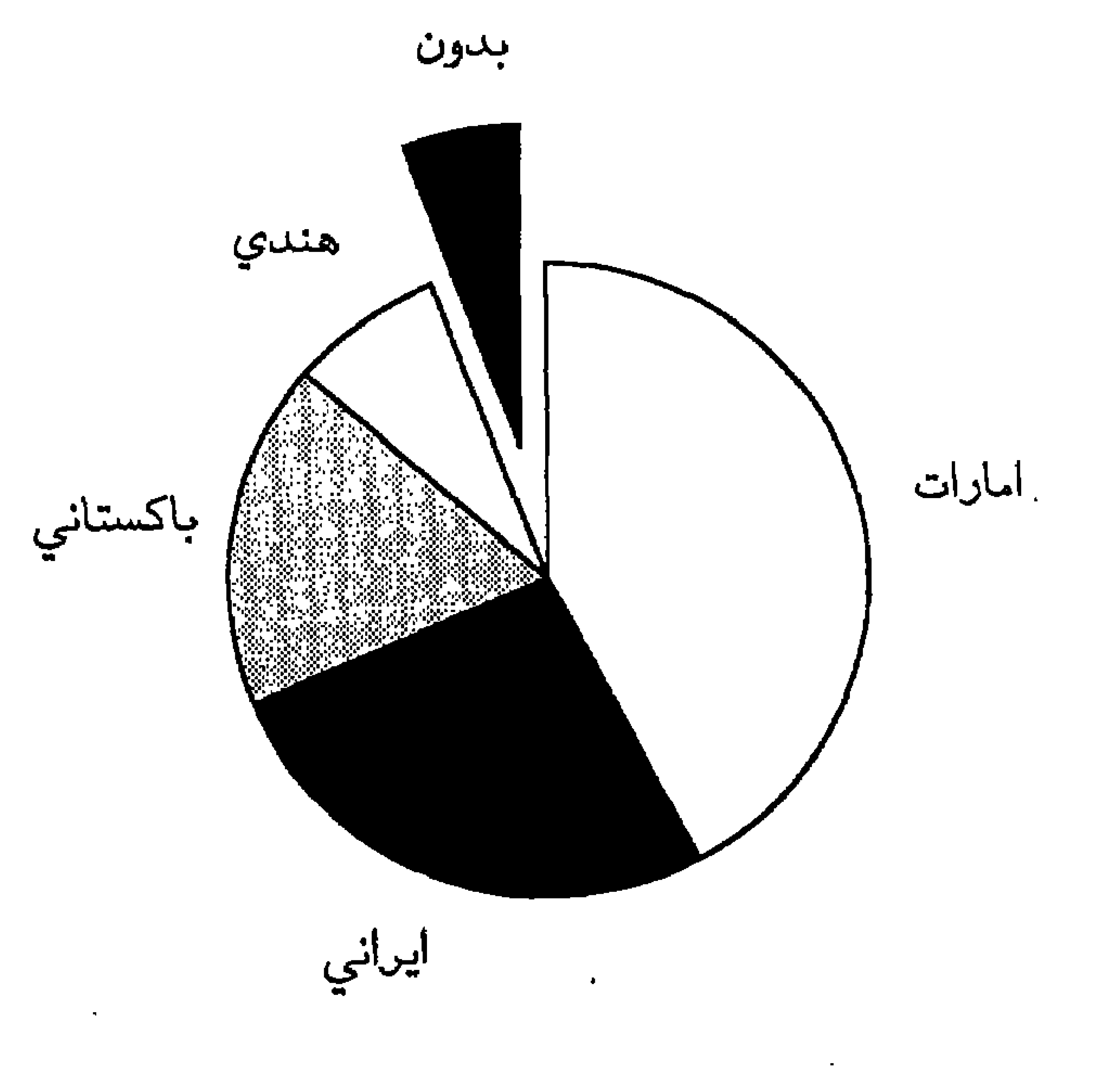
جدول (٨)

مقارنة لأكثر المضبوطين عددا من خمس جنسيات في إمارة دبي
خلال الفترة من ١٩٨٥م وحتى ١٩٩١م

السنوات	الجنسية الأولى العدد	الجنسية الثانية العدد	الجنسية الثالثة العدد	الجنسية الرابعة العدد	الجنسية الخامسة العدد	العدد الكلي للأشخاص المتورطين خلال السنة
١٩٨٥	(٤٢) إمارات	(٣٩) باكستاني	(٣٢) ايراني	(١٢) هندي	(٨) عماني	(١٦٦)
١٩٨٦	(٤٢) إمارات	(٣٢) باكستاني	(٣٢) ايراني	(٢٤) نيجيري	(٢٣) هندي	(١٩٨)
١٩٨٧	(٦٤) باكستاني	(٥٤) إمارات	(٥٣) ايراني	(١٩) هندي	(٩) عماني	(٢٢٣)
١٩٨٨	(١٠١) إمارات	(٣٧) ايراني	(٢٠) باكستاني	(٩) هندي	(٨) بدون جنسية	(١٩٧)
١٩٨٩	(٨٠) إمارات	(٣٧) ايراني	(١٢) باكستاني	(١١) هندي	(١١) بدون جنسية	(١٨٨)
١٩٩٠	(٧٢) إمارات	(٥٤) ايراني	(٢٣) بدون جنسية	(١٣) هندي	(٩) باكستاني	(٢٠٣)
١٩٩١	(٧٨) امارات	(٤٧) ايراني	(٢١) بدون جنسية	(١٨) باكستاني	(٩) عماني	(١٨٣)

المصدر: المصدر السابق

شكل (٥) يوضح الجنسيات الخمس الاولى التي تم ضبطها في قضايا المخدرات في امارة دبي خلال السنوات من ١٩٨٥ - ١٩٩١م



والجدول التالي يبين مهن الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من عام ١٩٨٦م وحتى عام ١٩٩١م.

جدول (٩)

مهن الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي
خلال الفترة من ١٩٨٦م - ١٩٩١م

المهن / السنوات	عسكري	حكومي	خاص	طالب	عاطل	زيارة + مرور	المجموع
١٩٨٦	٣٤	١٢	١١٧	٨	٢٧	-	١٩٨
١٩٨٧	٣٠	١٢	١١٦	١٦	٤٩	-	٢٢٣
١٩٨٨	٥٧	٦	٦٦	١٣	٥١	-	١٩٣
١٩٨٩	٤٣	١٢	٤٧	١٣	٤١	٣٢	١٨٨
١٩٩٠	٤٣	١١	٦٥	١٨	٤١	٢٥	٢٠٣
١٩٩١	٤٧	٧	٣٩	١٤	٥٤	٢٢	١٨٣
المجموع	٢٥٤	٦٠	٤٥٠	٨٢	٢٦٣	٧٩	١١٨٨

المصدر : المصدر السابق

أما الجدول التالي فإنه يبين مهن وجنسيات الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات خلال الفترة من عام ١٩٨٦م وحتى عام ١٩٩١م.

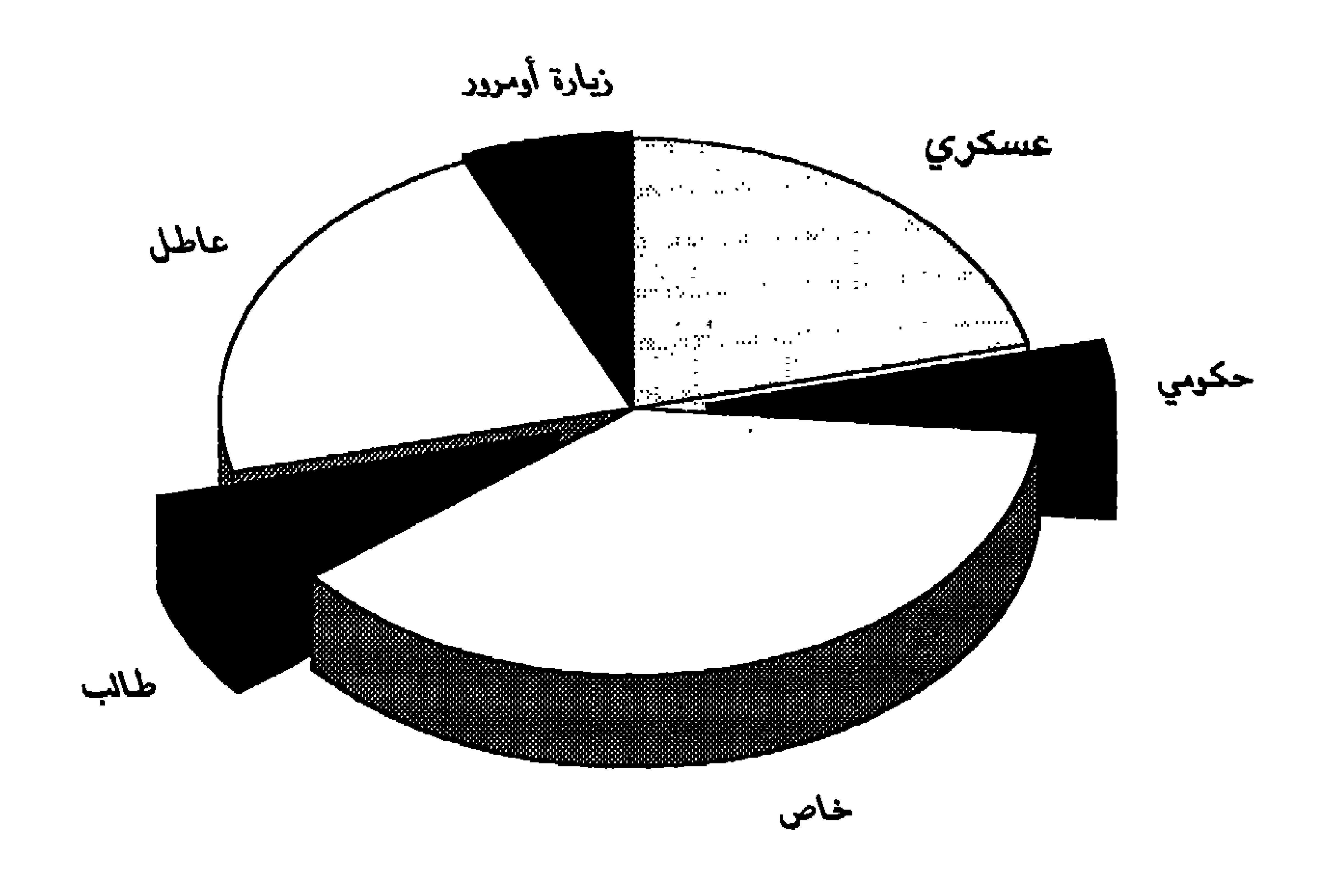
جدول (١٠)

مهن وجنسيات الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٦م – ١٩٩١م

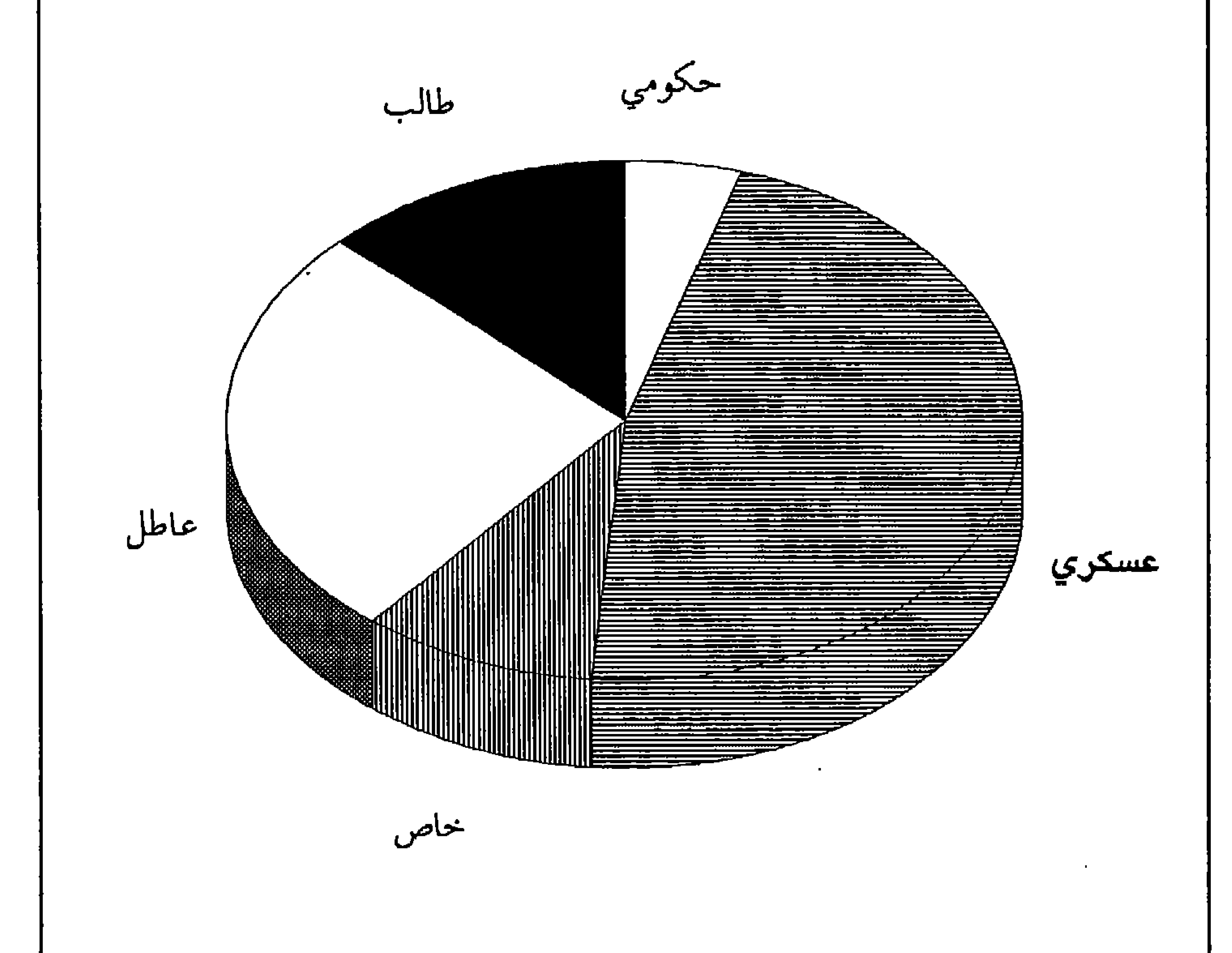
السنوات	المهن / الجنسية	عسكري	حكومي	خاص	طالب	عاطل	زيارة مرور	المجموع	المجموع الكلي
١٩٨٦م	إمارات	٢١	٣	٧	٥	٦	–	٤٢	
	عرب	٣	٥	١٤	–	٣	–	٢٥	
	اسيويون	١٠	٤	٧١	١	١١	–	٩٧	١٩٨
	افريقيون	–	–	٢٠	٢	٧	–	٢٩	
	اجانب	–	–	٥	–	–	–	٥	
	بدون	–	–	–	–	–	–	–	–
١٩٨٧م	إمارات	٢٠	٣	٢	١٣	١٦	–	٥٤	
	عرب	٣	١	٥	١	٧	–	٧	
	اسيويون	٧	٨	١٠٢	–	٢٢	–	١٣٩	
	افريقيون	–	–	٤	١	١	–	٦	٢٢٢
	اجانب	–	–	٢	–	–	–	٢	
	بدون	–	–	–	–	–	–	–	–
١٩٨٨م	إمارات	٥١	١	١١	٩	٢٩	–	١٠١	
	عرب	–	–	٥	١	٥	–	١١	
	اسيويون	٢	٥	٤٥	٢	١٤	–	٦٨	١٩٣
	افريقيون	–	–	٤	–	–	–	٤	
	اجانب	–	–	–	١	–	–	١	
	بدون	٤	–	١	–	٣	–	٨	
١٩٨٩م	إمارات	٣٥	٨	٧	٩	٢١	–	٨٠	
	عرب	٤	٢	٨	٢	٦	٦	٢٨	
	اسيويون	٣	٢	٢٦	٢	٩	٢١	٦٣	١٨٨
	افريقيون	–	–	١	–	–	٤	٥	
	اجانب	–	–	١	–	–	–	١	
	بدون	١	–	٤	–	٥	١	١١	
١٩٩٠م	إمارات	٣٢	٤	٦	١٣	١٧	–	٧٢	
	عرب	١	١	١٤	١	٥	١	٢٣	
	اسيويون	–	٥	٤٠	٢	٨	٢٢	٧٧	٢٠٣
	افريقيون	–	١	١	–	١	٢	٥	
	اجانب	–	–	٢	–	١	–	٣	
	بدون	١٠	–	٣	٢	٩	–	٢٣	
١٩٩١م	إمارات	٤٠	٢	٨	٥	٢٣	–	٧٨	
	عرب	١	–	٣	٣	٢	٤	١٢	
	اسيويون	٣	٤	٢١	٤	١٨	١٧	٦٧	١٨٢
	افريقيون	–	–	٢	–	–	–	٢	
	اجانب	–	–	–	–	–	١	١	
	بدون	٣	١	٤	٢	١١	–	٢١	

المصدر : المصدر السابق

شكل (٦) يوضح مهن الاشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في امارة دبي في الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩١م



شكل (٧) يوضح مهن متعاطي المخدرات من المواطنين في امارة دبي في الفترة ١٩٨٦ - ١٩٩١



يلاحظ من الجدول رقم (٩) أن أكثر الفئات المتورطة في قضايا المخدرات هي فئة أصحاب الأعمال الخاصة وذلك حتى عام ١٩٩٠م، أما في عام ١٩٩١م فقد ارتفع عدد فئة العاطلين عن العمل في قضايا المخدرات والتي كانت في الأعوام السابقة تحتل المرتبة الثانية أو الثالثة أحيانا من حيث التورط في قضايا المخدرات. فيما كانت فئة العسكريين تحتل المرتبة الثانية من عام ١٩٨٦م وحتى عام ١٩٩١م فيما عدا عام ١٩٨٧م حيث كانت في المرتبة الثالثة.

ويلي هذه الفئات فئة الطلاب التي كانت تحتل المرتبة الرابعة من عام ١٩٨٧ وحتى عام ١٩٨٨م ، وتراجعت إلى المرتبة الخامسة ابتداءً من عام ١٩٨٩م وحتى عام ١٩٩١م حيث احتلت فئة أصحاب تأشيرات المرور والزيارة المرتبة الرابعة وأخيراً وفي المرتبة السادسة كانت فئة الموظفين الحكوميين.

أما بالنسبة لنتائج الجدول رقم (١٠) فإنه من الملاحظ أن الآسيويين كانوا يشكلون الغالبية العظمى في عامي ١٩٨٦م و١٩٨٧م ، ثم تراجعوا في الأعوام التالية ليصبح المواطنون هم الذين يشكلون الفئة الغالبة في قضايا المخدرات. وقد تم الإشارة إلى ذلك في **الجدول رقم (٨)**.

أما بالنسبة لأكثر المهن تورطاً في قضايا المخدرات عند المواطنين ، فقد احتل الجنود المرتبة الأولى، وكانت أعدادهم تتزايد في كل عام.

وقد يرجع ذلك إلى أن المجتمعات المغلقة، كالمعسكرات والثكنات الداخلية غالباً ماينتشر بينها الكثير من المشكلات السلوكية، وغالباً مايكون أسلوب المسايرة بين هذه الجماعات المغلقة أكثر شيوعاً، ويزداد كلما قل ثقة الفرد بنفسه، حيث يكون تأثره بضغوط الجماعة أكثر.

كما أن صغر سن بعضهم في الوقت الذي تتوافر بين أيديهم مبالغ مالية كبيرة يتقاضونها كرواتب شهرية، يهيىء لهم الفرصة للحصول على كل مايرغبون فيه بما في ذلك المخدرات. ومما يدعم ذلك عدم وجود الوعي بأخطار الإدمان، ووجود مفاهيم خاطئة بأن بعض المخدرات مفيدة، ومزيلة للكرب والحزن، ومقوية للنشاط الجنسي.

أما الفئـة الأخرى والتي احتلت المرتبـة الثانيـة فكانت فئة العـاطلين عن العمل، ومن الطبيعي أن يتجه هؤلاء للإدمان خاصة إذا تهيأت لهم كل الظروف الشخصية والنفسيـة والاجتماعيـة المضطـربـة والتي تـؤدي إلى الإدمــان إلى جـانب الفـراغ والإحباط الذي يعاني منه هؤلاء.

وقد احتل فئـة الطلاب المرتبة الثـالثة، وهذه لها دلالة تشير إلى الخلفيـة الأسرية لهؤلاء الطـلاب ومـدى اضطـرابها وتفككهـا كما تشير أيضـا إلى وجـود نـوع من التسيب وضعف الرقابة على المحيط المدرسي والاجتماعي.

أمـا فئة أصحــاب الأعمال الخاصة من المواطنين فقـد احتلوا المرتبـة الرابعـة في قضايا المخدرات وتلاهم فئة أصحاب الوظائف الحكومية في المرتبة الخامسة.

وعموما فإن ظـاهرة تعاطي المخدرات في مجتمع الإمارات بـدأت تغزو كل فئات هذا المجتمع بـدون استثناء ، وهذا يتطلب أن تتضــافر الجهـود والمساعي من أجل الحد من هذه الظاهرة إلى أقصى حد ممكن.

والجدول التالي يبين أنواع التهم للأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الأعوام من ١٩٨٥م وحتى عام ١٩٩١م.

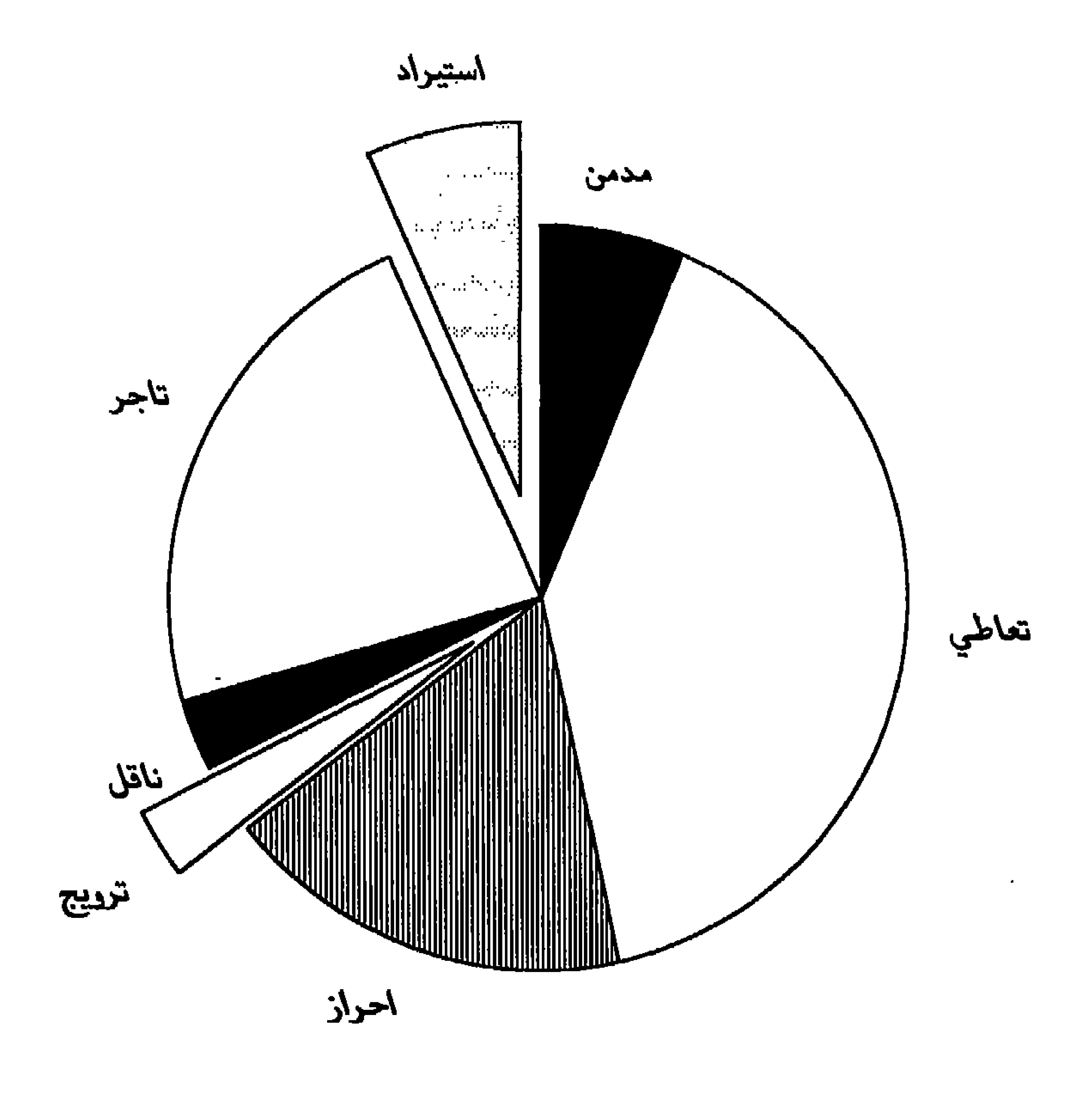
جدول (١١)

أنواع التهم للأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في إمارة دبي
خلال الأعوام من ١٩٨٥م – ١٩٩١م

المهن / السنوات	مدمن	تعاطي	احراز	ترويج	ناقل	تاجر	استيراد	المجموع
١٩٨٥	–	٤٠	٧٦	–	–	٥٠	–	١٦٦
١٩٨٦	–	٣٧	٨٦	–	–	٧٥	–	١٩٨
١٩٨٧	١٣	٨٢	٢٢	٥	١١	٥٣	٣٧	٢٢٣
١٩٨٨	٢٥	٩٤	١٧	٣	٣	٢٥	٢٦	١٩٣
١٩٨٩	٨	١٠١	٨	٩	١٤	٤٣	٥	١٨٨
١٩٩٠	٢٥	٨١	١٥	١٣	١٠	٤٦	١٣	٢٠٣
١٩٩١	١٦	١١١	١٦	١٤	٣	١٦	٧	١٨٣
المجموع	٨٧	٥٤٦	٢٤٠	٤٤	٤١	٣٠٨	٨٨	١٣٥٤

المصدر : المصدر السابق

شكل (٨) يوضح أنواع التهم للمتورطين في قضايا المخدرات في امارة دبي في الفترة ١٩٨٥ - ١٩٩١م



أما الجدول التالي فإنه يبين أنواع التهم وجنسيات الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الأعوام من ١٩٨٥م وحتى ١٩٩١م.

جدول (١٢)

أنواع التهم وجنسيات الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في إمارة دبي في الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٩١م

السنوات	التهم / الجنسية	مدمن	تعاطي	إحراز	ترويج	ناقل	تاجر	استيراد	المجموع	المجموع الكلي
	إمارات	–	٢٥	٩	–	–	٨	–	٤٢	
	عرب	–	٣	١٦	–	–	٦	–	٢٥	
	آسيويون	–	١٠	٤٣	–	–	٣٣	–	٨٦	
١٩٨٥م	أفريقيون	–	–	٣	–	–	١	–	٤	١٦٦
	أجانب	–	٢	٥	–	–	٢	–	١	
	بدون	–	–	–	–	–	–	–	–	
	إمارات	–	٢٥	٩	–	–	٨	–	٤٢	
	عرب	–	٣	١٥	–	–	٧	–	٢٥	
	آسيويون	–	٩	٣١	–	–	٥٧	–	٩٧	
١٩٨٦م	أفريقيون	–	–	٢٩	–	–	–	–	٢٩	١٩٨
	أجانب	–	–	٣	–	–	٢	–	٥	
	بدون	–	–	–	–	–	–	–	–	
	إمارات	٢	٤٣	٢	–	–	٢	٥	٥٤	
	عرب	١	٨	١	–	–	٣	٤	١٧	
	آسيويون	١٠	٣٦	١٨	٥	٤	٤٨	٢٨	١٣٩	
١٩٨٧م	أفريقيون	–	–	–	–	٦	–	–	٦	٢٢٣
	أجانب	–	١	١	–	–	–	–	٢	
	بدون	–	٤	–	–	١	–	–	٥	
	إمارات	٢١	٥٤	٩	٢	–	٨	٧	١٠١	
	عرب	٢	٥	–	–	–	١	٣	١١	
	آسيويون	٢	٢٨	٧	١	١	١٤	١٥	٦٨	
١٩٨٨م	أفريقيون	–	١	–	–	٢	١	–	٤	١٩٣
	أجانب	–	–	–	–	–	–	١	١	
	بدون	–	٦	١	–	–	١	–	٨	
	إمارات	٣	٦١	–	٤	–	١٠	٢	٨٠	
	عرب	٤	١٢	٢	١	٢	٧	–	٢٨	
	آسيويون	–	٢٢	٢	٣	٩	٢٥	٢	٦٣	
١٩٨٩م	أفريقيون	–	–	٢	–	٣	–	–	٥	١٨٨
	أجانب	–	–	–	١	–	–	–	١	
	بدون	١	٦	٢	–	–	١	١	١١	
	إمارات	٢١	٤٢	٢	١	–	٢	٣	٧٢	
	عرب	٢	٨	٤	–	–	٦	٣	٢٣	
	آسيويون	١	١٩	٨	٨	٧	٢٩	٥	٧٧	
١٩٩٠م	أفريقيون	–	١	–	–	٣	–	١	٥	٢٠٣
	أجانب	–	٢	–	–	–	–	١	٣	
	بدون	١	٩	١	٤	–	٨	–	٢٣	
	إمارات	١٢	٥٦	٢	٤	–	٤	–	٧٨	
	عرب	–	١١	–	–	–	٢	–	١٣	
	آسيويون	٢	٣٠	١٠	٩	٣	٩	٤	٦٧	
١٩٩١م	أفريقيون	–	–	–	–	–	–	٣	٣	١٨٣
	أجانب	–	–	١	–	–	–	–	١	
	بدون	٢	١٤	٣	١	–	١	–	٢١	

المصدر : المصدر السابق

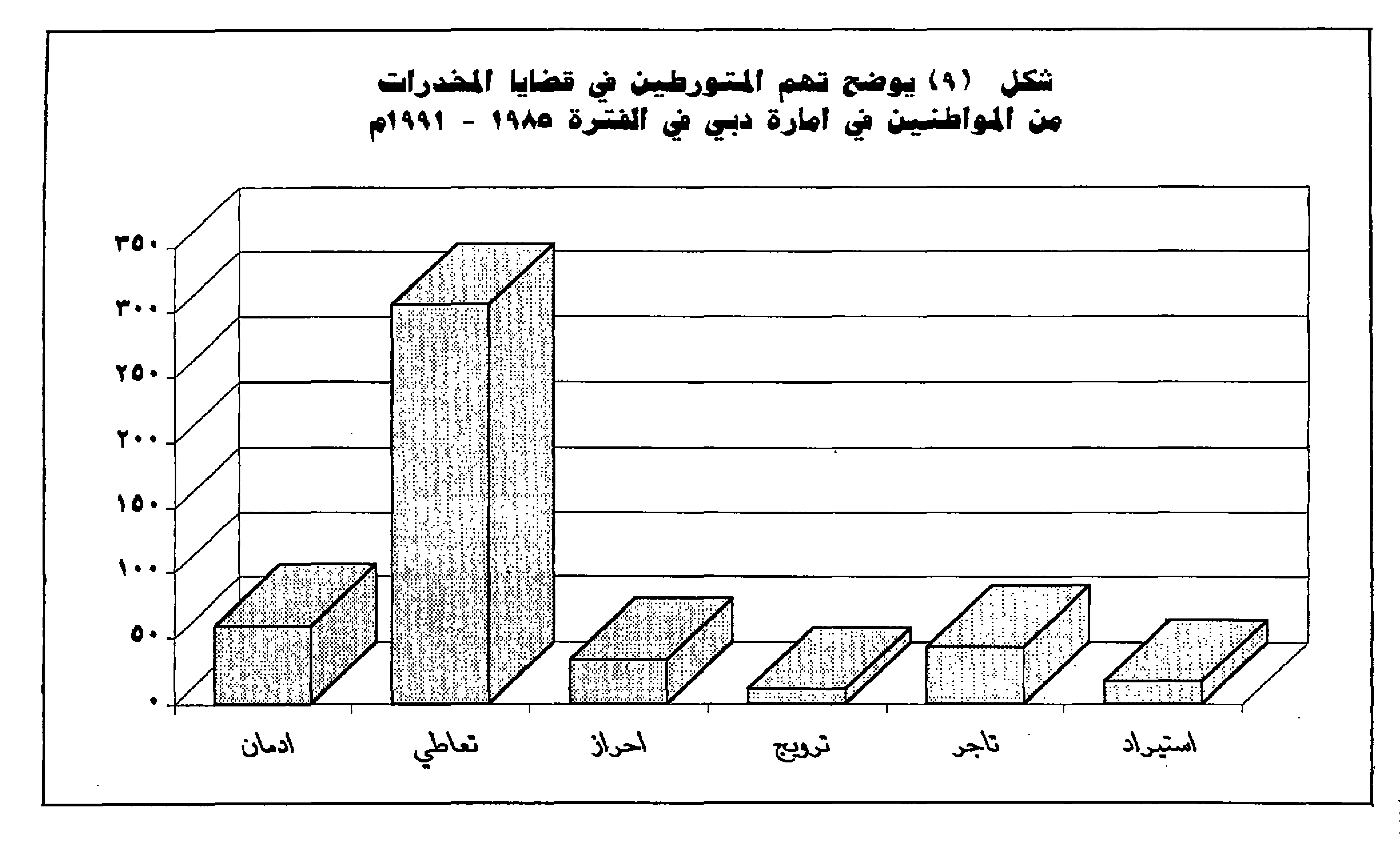
يلاحظ من الجدول رقم (١١) أنه إذا نظرنا إلى المجموع الكلي سوف نجد أن غالبية الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات هم من المتعاطين (*) ويليهم تجار المخدرات ، ثم المتهمين في قضايا إحراز المخدرات ، ثم تهمة استيراد المخدرات، ثم مدمني المخدرات(**)، ثم تهمة ترويج المخدرات وأخيرا تهمة نقل المخدرات.

إلا أنه إذا قمنا بتتبع هذه التهم خلال الأعوام من ١٩٨٥ م وحتى ١٩٩١م نلاحظ مايلي : - في العامين ١٩٨٥ و ١٩٨٦ كان المتهمون في قضايا إحراز المخدرات يحتلون المرتبة الأولى بينما كان تجار المخدرات في المرتبة الثانية ويليهم في المرتبة الثالثة متعاطو المخدرات.

أما في الأعوام التالية ابتداءً من ١٩٨٦م وحتى عام ١٩٩١م فإن متعاطي المخدرات أصبحوا يشكلون أغلبية المقبوض عليهم والذين كانت أعدادهم تتزايد باستمرار ، يليهم تجار المخدرات والذين بدأت أعدادهم تتراجع قليلا في السنوات التالية حتى وصلوا في عام ١٩٩١م إلى « ١٦» شخصا فقط بينما كانوا في عام ١٩٨٦م «٧٥» شخصا. وهذا لايعني أن نشاطهم قد توقف ، بل قد يكون بعضهم نجح في تهريب تجارته وبعضهم الآخر اعتمد على الوسطاء الآخرين ، وبعضهم أوقف نشاطه لفترة معينة حتى تتاح له فرصة مناسبة تقل فيها الرقابة. أما تهمة إحراز المخدرات فقد احتلت المرتبة الثالثة بين التهم ابتداءً من عام ١٩٨٧م وحتى ١٩٩١م بعد أن كانت في المرتبة الأولى كما أن أعداد المتهمين بها بدأت تتناقص. وفي العامين ١٩٨٧م و١٩٨٨م احتلت تهمة استيراد المخدرات المرتبة الرابعة بينما كانت تهمة إدمان المخدرات في المرتبة الخامسة ولكن ابتداءً من عام ١٩٨٩م وحتى ١٩٩١م أصبحت تهمة الإدمان تحتل المرتبة الرابعة وتهمة الاستيراد في المرتبة الخامسة، ومن الملاحظ أيضا أن عدد المدمنين بدأ يتزايد. أما تهمتي الترويج والنقل فكانتا تتبادلان المرتبتين السادسة والسابعة خلال الأعوام من ١٩٨٧م وحتى ١٩٩١م.

(*) المقصود بالمتعاطين حسب مايفسره مكتب مكافحة المخدرات بشرطة دبي ، هم الأشخاص الذين يتعاطون مخدر الحشيش.

(**) المقصود بالمدمنين حسب مايفسره مكتب مكافحة المخدرات بشرطة دبي ، هم الأشخاص الذين يتعاطون الأفيون ومشتقاته.


شكل (٩) يوضح تهم المتورطين في قضايا المخدرات
من المواطنين في امارة دبي في الفترة ١٩٨٥ - ١٩٩١م
٠
٥٠
١٠٠
١٥٠
٢٠٠
٢٥٠
٣٠٠
٣٥٠
ادمان
تعاطي
احراز
ترويج
تاجر
استيراد

أما بمـلاحظة **الجدول رقم (١٢)** والذي يكشف جنسيـات المتهمين في قضايا المخدرات ، فإنه إذا تتبعنا جنسيات الأشخـاص المتهمين في قضايا المخدرات حسب تسلسل التهم كما هو و ارد في الجدول ، نجد أنـه لم يقبض على أحد بتهمة الإدمان خلال عامي ١٩٨٥م و١٩٨٦م. أما في الأعوام التالية ، فقد شكل الآسيويون في عام ١٩٨٧م، أغلبية المدمنين، يليهم المواطنون والعرب. بينما في عام ١٩٨٨م ارتفع عدد المدمنين المواطنين بصـورة كبيرة حيث بلغ «٢١» مـدمنـا بعد أن كـانـوا اثنين فقط وتراجع الآسيويون والعرب إلى المرتبة الثانية.

وانخفض عـدد المدمنين بصفة عـامة عـام ١٩٨٩م ، وارتفع مـرة أخرى عـام ١٩٩٠م وكان أيضـا عدد المواطنين هو الأكبر، وبـالرغم من انخفاض عددهم في عام ١٩٩١م إلا أنهم كانوا يشكلون الأغلبية ايضـا.

أمـا بالنسبـة لتهمة تعـاطي المخدرات، فإنـه وعلى مدى السنـوات من ١٩٨٥م وحتى ١٩٩١م فإن أعداد المواطنين كانت هي الأكبر يليهم الآسيـويون ثم العرب إلا أنه ظهرت فئـة أخرى هي فئة البدون جنسية وأصبحت تزداد أعـدادها في السنوات الأخيرة. وبالنسبة لتهمة إحراز المخدرات فـان أغلبية المتهمين كانوا من الآسيويين، ثم كان الـوافدون العـرب في المرتبة الثانيـة في عام ١٩٨٥م، والمواطنـون في المرتبة الثالثة ، إلا أنه في عام ١٩٨٦م كان الأفريقيون في المرتبة الثانية بعد الآسيويين ، ثم يليهم العرب الوافدون ثم المواطنون. أما تهمـة ترويج المخدرات فلم يضبط فيه أحد في العامين ١٩٨٥م – ١٩٨٦م ، وفي الأعـوام التاليـة وإن كان عـدد المقبوض عليهم قليلا إلا أن معظمهم كـانوا من الآسيـويين. وكذلك كـان الحال بالنسبـة لتهمة نقل المخدرات واستيرادها.

أمـا تجار المخدرات فإن الغـالبيـة العظمى منهم كـانوا من الآسيـويين ، يليهم المواطنـون ، ثم الوافـدون العرب ، ثم الأفـارقـة ، وإن كان عـدد هذه الجنسيـات الثلاث الأخيرة ليست كبيرة.

من الواضح من نتائج الجدول السـابق أن أعداد المدمنين والمتعاطين للمخدرات

في ازدياد مستمر ، وأن هذه الزيادة كانت واضحة أكثر بين الشباب المواطنين ، وهذا يؤكد لنا أن الشباب العربي الذي هو عماد مجتمعاتنا النامية مستهدف لسياسة تدميرية تساهم بها عصابات وتجار المخدرات وبالتالي تؤدي إلى خلخلة الأمن الداخلي للمجتمع وسلبه أغلى وأقوى طاقاته. ولذلك فإن الاهتمام بهذه الظاهرة ودراستها وإيجاد السبل والوسائل الرادعة لها أمر ضروري وملح.

ثالثا - احصائيات المستشفيات في إمارة دبي :

لعل الاحصائيات التي تم الحصول عليها من مستشفيات إمارة دبي والتي تستقبل حالات الإدمان وتتولى علاجها تؤكد أن أعداد المدمنين من الشباب في تزايد مستمر ، والجداول التالية توضح ذلك.

ففي إحصائيات مستشفى الأمل بدبي وقسم الطب النفسي بمستشفى راشد تتكشف أبعاد أو زوايا جديدة للإدمان ، قد تكمل الصورة التي تم الحصول عليها من احصائيات وزارة الداخلية وقسم مكافحة المخدرات بشرطة دبي. فاحصائيات الجهتين الأخيرتين ركزت على قضايا المخدرات بمختلف صورها من إدمان وتعاطي ومتاجرة وترويج وحيازة وكميات المخدرات وأنواعها إلى آخر تلك القضايا، وكانت كل حالات الإدمان هي قضايا مخدرات.

بينما في إحصائيات المستشفيات فإننا نتعرف إلى حالات إدمان المخدرات المنتشرة في المجتمع والتي لم تطلها أيدي الشرطة والتي تسعى بشكل وبآخر إلى تلقي العلاج أو تخفيف أعراض الانسحاب الذي يعاني منه المدمن نتيجة لعدم حصوله على المخدر عن طريق الأدوية والعقاقير الطبية التي يحصل عليها في المستشفيات. وفيما يلي سنعرض إحصائيات الإدمان في مستشفى الأمل ثم بعد ذلك إحصائيات الإدمان بمستشفى راشد.

١ - إحصائيات مستشفى الأمل :

الجدول التالي يوضح عدد حالات المرضى المدمنين الذين تمت معالجتهم ونسبتهم إلى بقية الحالات الواردة إلى مستشفى الأمل بدبي في الفترة من عام ١٩٨١م حتى عام ١٩٩٠م.

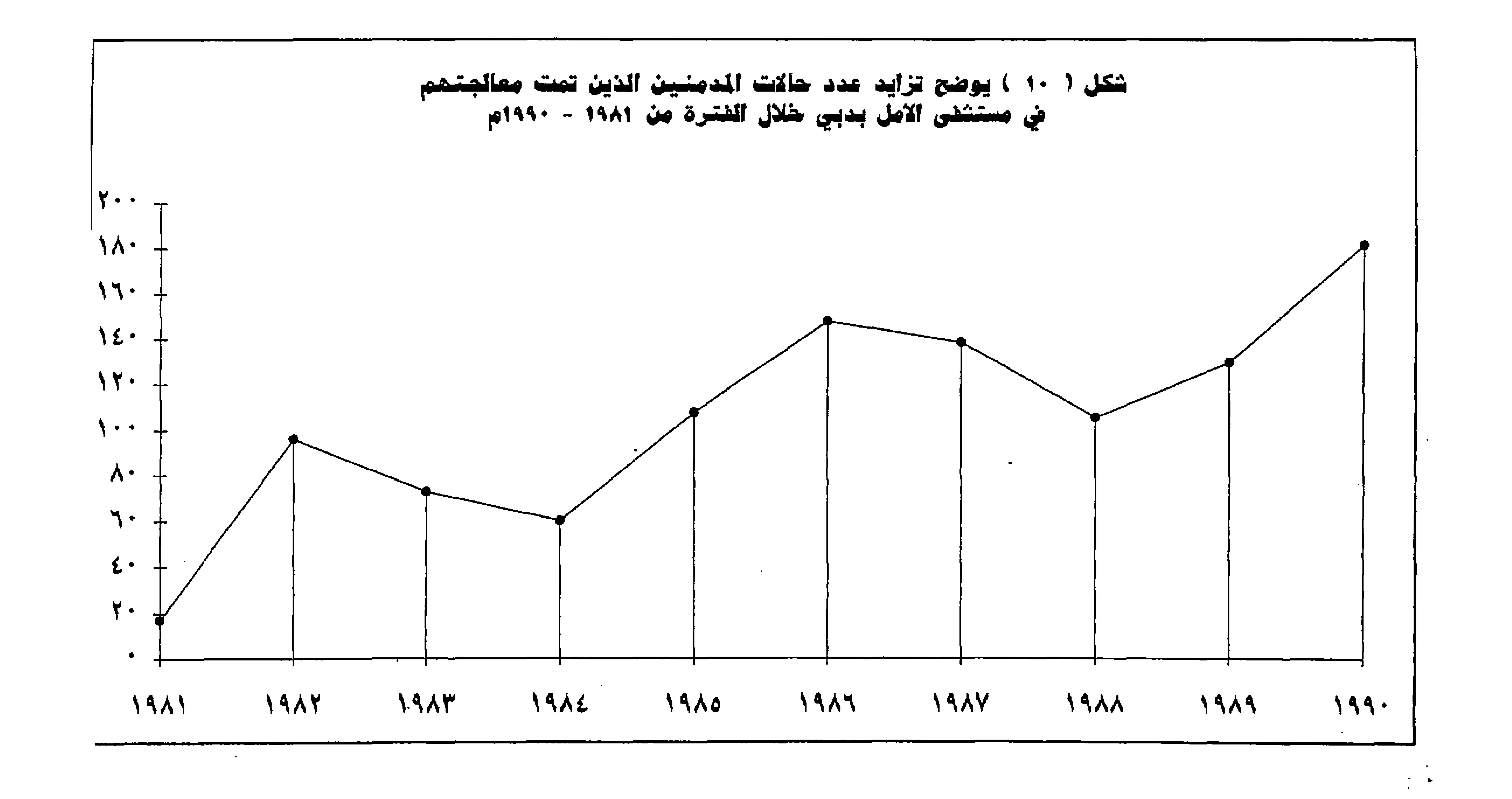
جدول (١٣)

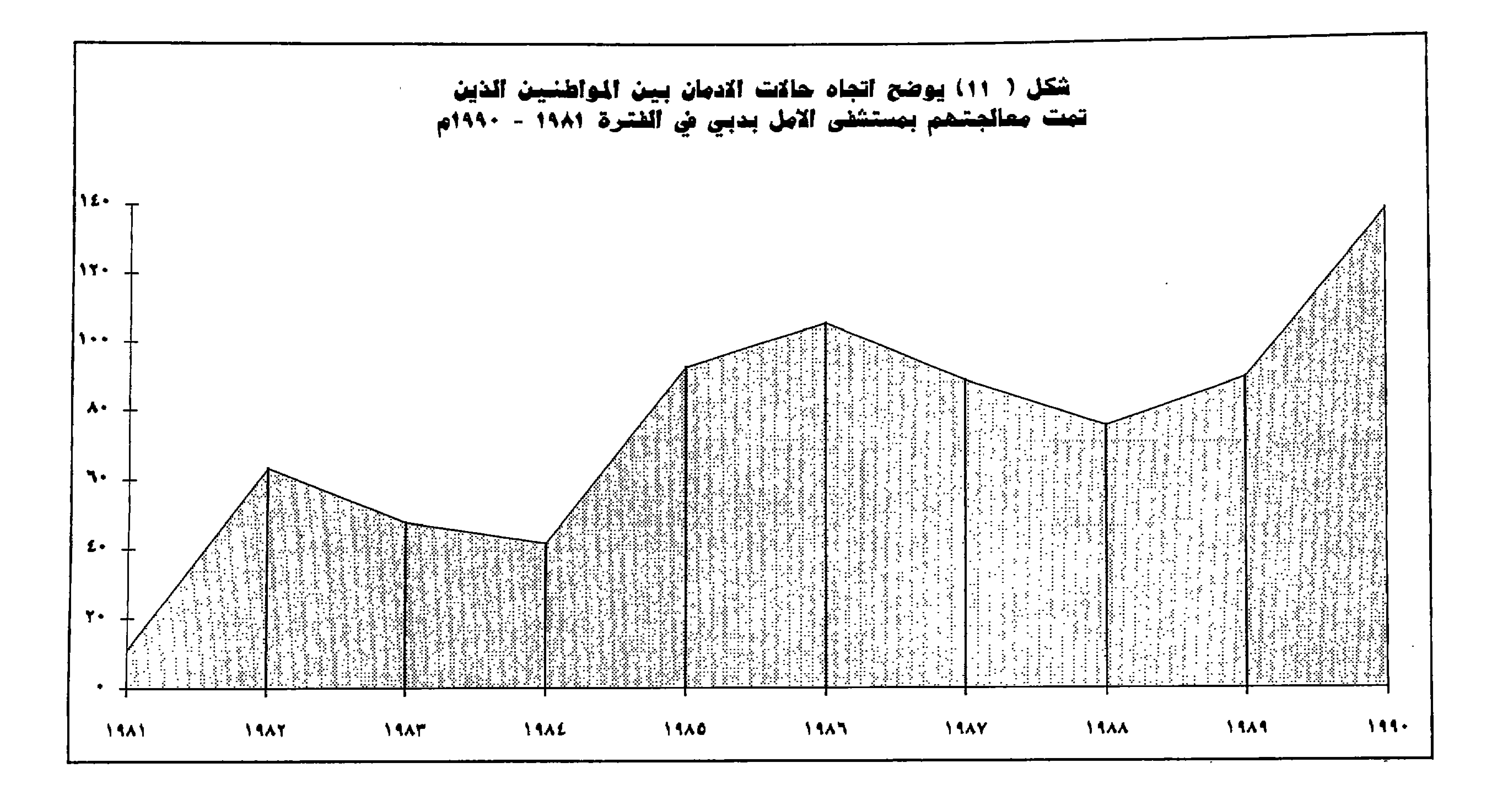
عدد حالات المرضى المدمنين الذين تمت معالجتهم ونسبتهم إلى بقية الحالات الواردة إلى مستشفى الأمل بدبي خلال الفترة من ١٩٨١م-١٩٩٠م

السنة	العدد	النسبة المئوية
١٩٨١	١٧	١٪
١٩٨٢	٩٦	٨٪
١٩٨٣	٧٣	٦٪
١٩٨٤	٦٠	٥٪
١٩٨٥	١٠٨	١٠٪
١٩٨٦	١٤٨	١٦٪
١٩٨٧	١٣٩	١٣٪
١٩٨٨	١٠٦	١٠٪
١٩٨٩	١٣٠	١٣٪
١٩٩٠	١٨٢	٥ر١٧٪

المصدر : الاحصائيات السنوية لمستشفى الأمل للأمراض النفسية بدبي.

شكل (١٠) يوضح تزايد عدد حالات المدمنين الذين تمت معالجتهم
في مستشفى الامل بدبي خلال الفترة من ١٩٨١ - ١٩٩٠م





شكل (١١) يوضح اتجاه حالات الادمان بين المواطنين الذين
تمت معالجتهم بمستشفى الامل بدبي في الفترة ١٩٨١ - ١٩٩٠م

يلاحظ من الجدول السابق أن حالات الادمان الواردة إلى المستشفى في تزايد مستمر، فبعد أن كانت هذه الحالات لاتشكل سوى «١٪» فقط من الحالات المرضية الواردة إلى المستشفى وكان عددها لايتجاوز السبعة عشر شخصا ، أصبحت عام ١٩٩٠م تشكل (٥ر١٧٪) من إجمالي الحالات المرضية بالمستشفى وأصبح عددها (١٨٢) شخصا. إن هذا الارتفاع المستمر في أعداد المدمنين يؤكد لنا أننا بصدد مشكلة كبيرة بدأت تفتك بصورة مدمرة في أنسجة مجتمعنا ، وإن الذين يروجون لهذه السموم هدفهم الأساسي هو الربح السريع بغض النظر عن الضحايا الذين يتساقطون في طريقهم ، وقد تكون لهم أهدافا أخرى أشد تدميرا. وأيا كانت هذه الأهداف التي لاتخفى علينا فينبغي محاربتهم بشتى الوسائل والطرق ، والتركيز على توعية الشباب وتعريفهم بالأخطار المحدقة بهم ومساعدتهم على مواجهتها.

والجدول التالي يوضح أعداد المدمنين الذين تمت معالجتهم سواء عن طريق دخول المستشفى أو عن طريق العيادة الخارجية خلال العامين ١٩٨٩م – ١٩٩٠م.

جدول (١٤)

عدد حالات المدمنين الذين تم معالجتهم عن طريق دخول المستشفى او عن طريق العيادة الخارجية خلال العامين ١٩٨٩م – ١٩٩٠ م

السنة	عدد حالات المدمنين	عدد الحالات عن طريق العيادة الخارجية	عدد الحالات عن طريق دخول المستشفى
١٩٨٩	١٣٠	٣٨	٩٢
١٩٩٠	١٨٢	٣٩	١٤٣

المصدر : المصدر السابق.

أما الجدول رقم (١٥) فإنه يبين أعداد المدمنين الذين دخلوا مستشفى الأمل عن طريق الشرطة أو عن طريق الأهل أو أنفسهم ، وذلك خلال الفترة من ١٩٨٩م وحتى ١٩٩٠م.

جدول (١٥)

عدد حالات المدمنين الذين دخلوا المستشفى عن طريق الشرطة أو عن طريق الأهل أو أنفسهم في الفترة من ١٩٨٩م – ١٩٩٠م

السنة	المجموع الكلي للمدمنين	عن طريق الشرطة	بأنفسهم أو عن طريق الأهل
١٩٨٩	١٣٠	٤٩	٨١
١٩٩٠	١٨٢	٦٩	١١٣

المصدر : المصدر السابق .

يلاحظ على الجدولين السابقين أن أعداد المدمنين الذين تمت معالجتهم عن طريق دخول المستشفى كانت أكبر من أعداد أولئك الذين تمت معالجتهم عن طريق العيادة الخارجية ، وهذا يدل على أن أغلبية هؤلاء المدمنين بحاجة إلى العناية الطبية والرعاية النفسية اللتين دفعتاهم إلى دخول المستشفى لتلقي العلاج ، ومما يؤكد ذلك نتائج الجدول (١٥) والذي يبين أن أعداد الذين دخلوا المستشفى عن طريق الأهل أو أنفسهم يفوق أعداد أولئك الذين دخلوا المستشفى عن طريق الشرطة.

ويوضح لنا ذلك ضرورة نشر التوعية حول مخاطر الإدمان بين الشباب والاهتمام بتطوير مصحات العلاج من الإدمان ، وحث المدمنين من الشباب على ضرورة التوجه إلى هذه المصحات لتلقي العلاج اللازم.

أما بالنسبة لأنواع المخدرات التي كان المدمنون الواردون إلى المستشفى يتعاطونها، فإن الجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٦)

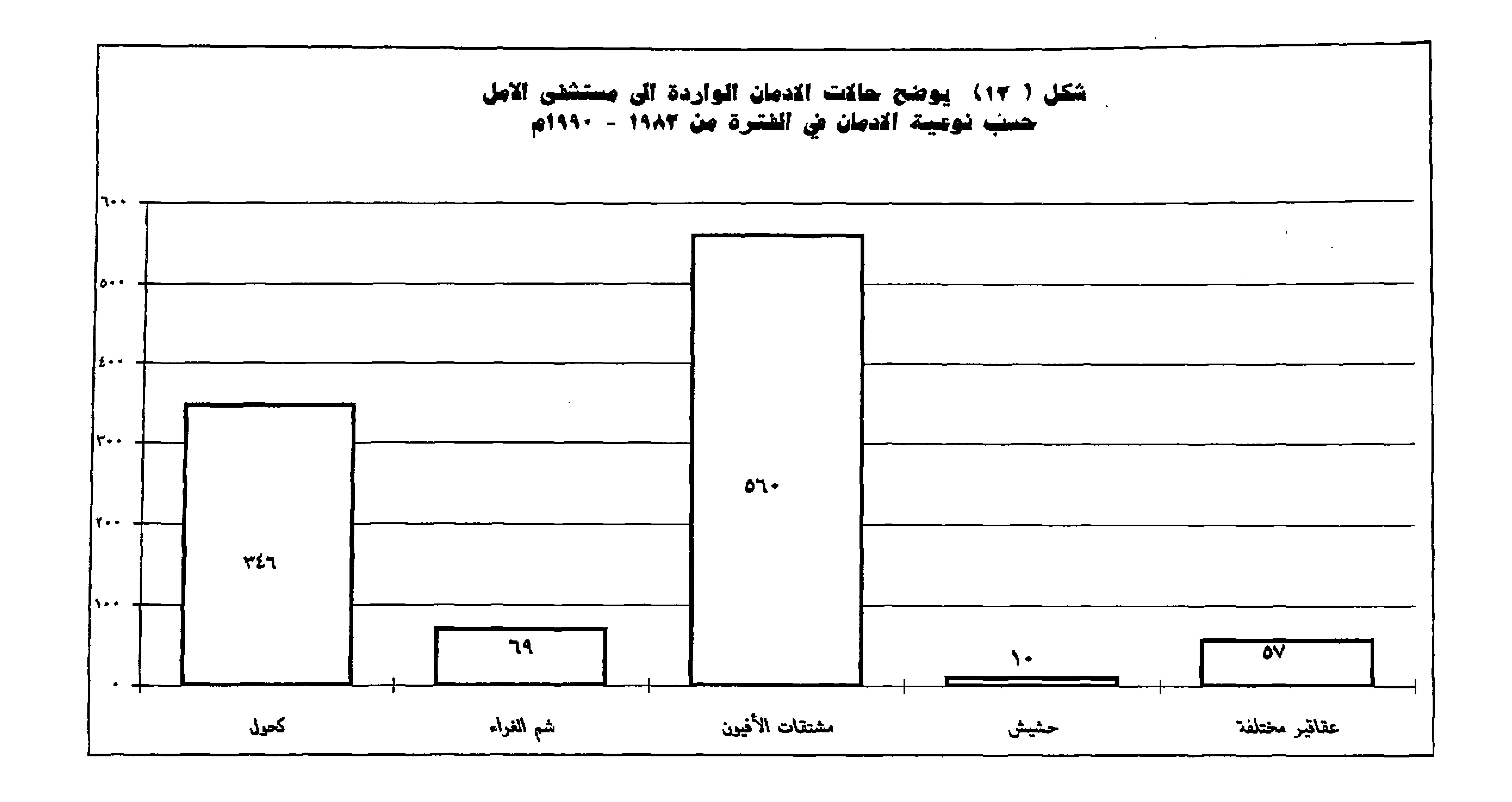
حالات الإدمان الواردة إلى مستشفى الأمل حسب نوعية الإدمان في الفترة من ١٩٨٢م – ١٩٩٠م

النوع	كحـــــول		شم الغراء		عقاقير مختلفة		حشيــــــش		مشتقات الأفيون كوكايين هيروين مورفين		المجموع	
السنة	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
١٩٨٢	٥٧	٪٦٠	٤	٪٤	١٠	٪١٠	–	–	٢٥	٪٢٦	٩٦	١٠٠
١٩٨٣	٢٢	٪٣٠	٤	٪٦	٧	٪١٠	–	–	٤٠	٪٥٤	٧٣	١٠٠
١٩٨٤	٢٨	٪٤٧	١	٪١	٣	٪٥	–	–	٢٨	٪٤٧	٦٠	١٠٠
١٩٨٥	٤٢	٪٣٩	١	٪١	٤	٪٤	–	–	٦١	٪٥٦	١٠٨	١٠٠
١٩٨٦	٤١	٪٢٨	٤	٪٦	٣	٪٢	–	–	٩٥	٪٦٤	١٤٨	١٠٠
١٩٨٧	٣٣	٪٢٤	١٥	٪١١	١٣	٪٩	–	–	٧٨	٪٥٦	١٣٩	١٠٠
١٩٨٨	٣٣	٪٣١	١٢	٪١١	٦	٪٦	٥	٪٥	٥٠	٪٤٧	١٠٦	١٠٠
١٩٨٩	٣٨	٪٢٩	١٠	٪٨	٩	٪٧	٣	٪٢	٧٠	٪٥٤	١٣٠	١٠٠
١٩٩٠	٥٢	٪٢٤	١٣	٪٧	٢	٪١	٢	٪١	١١٣	٪٦٢	١٨٢	١٠٠

المصدر : المصـــدر الســـابق.

يلاحظ من الجدول السابق أنه في العـــام ١٩٨١م– ١٩٨٢م كانت حالات إدمان الكحول من أكثر الحالات الواردة إلى المستشفى وذلـك بنسبة ٦٠٪، إلا أنه بدءا من عام ١٩٨٣م وحتى عـام ١٩٩٠م فإن حالات إدمـان مشتقات الأفيون (الكـوكايين والهيروبين والمورفين) أصبحت تحتل المرتبة الأولى من حيث عدد الحالات الواردة إلى المستشفى ، يلي ذلك حالات إدمـان الكحول ثم حالات شم الغراء ويليهـا حالات تعاطي العقاقير المختلفـة والمتنوعة. وأخيرا حالات تعـاطي الحشيش والتي لم ترد أية حالة منها إلى المستشفى إلا ابتداء من عام ١٩٨٨م.

ونتـائج هذا الجدول تـؤكد أن عـدد المدمنين على مشتقـات الأفيون بـدأ يتزايـد بصورة كبيرة ، وهذا يعني أن الكميات التي ترد إلى الدولة من هذه المخدرات خطيرة وفتاكة وتؤدي إلى أعراض انسحابية مؤلمة ، وهذا ما يفسر إقبال الكثير من الشباب المدمن على مصحـات العـلاج من الإدمـــان للحصـول على المسكنـات لتخفيف آلام الانسحاب خاصة عندما يعجز هؤلاء المدمنين من الحصول على المخدرات لسبب أو لآخـر ، و هـذا بدوره يكشـف أمرا هـامـا وهـو أن معظم المدمنين لا يترددون على



شكل (١٣) يوضح حالات الادمان الواردة الى مستشفى الامل
حسب نوعية الادمان في الفترة من ١٩٨٣ - ١٩٩٠م

المستشفيات بغرض العلاج من الإدمان ، وإنما للحصول على ما يسكن آلامهم الجسمية فقط.

أما بالنسبة لجنسيات المدمنين الذين كان يتم معالجتهم في مستشفى الأمل في الفترة من ١٩٨١م وحتى ١٩٩٠ فإن الجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٧)

حالات الادمان الواردة لمستشفى الامل حسب الجنسية في الفترة من ١٩٨١ م - ١٩٩٠م

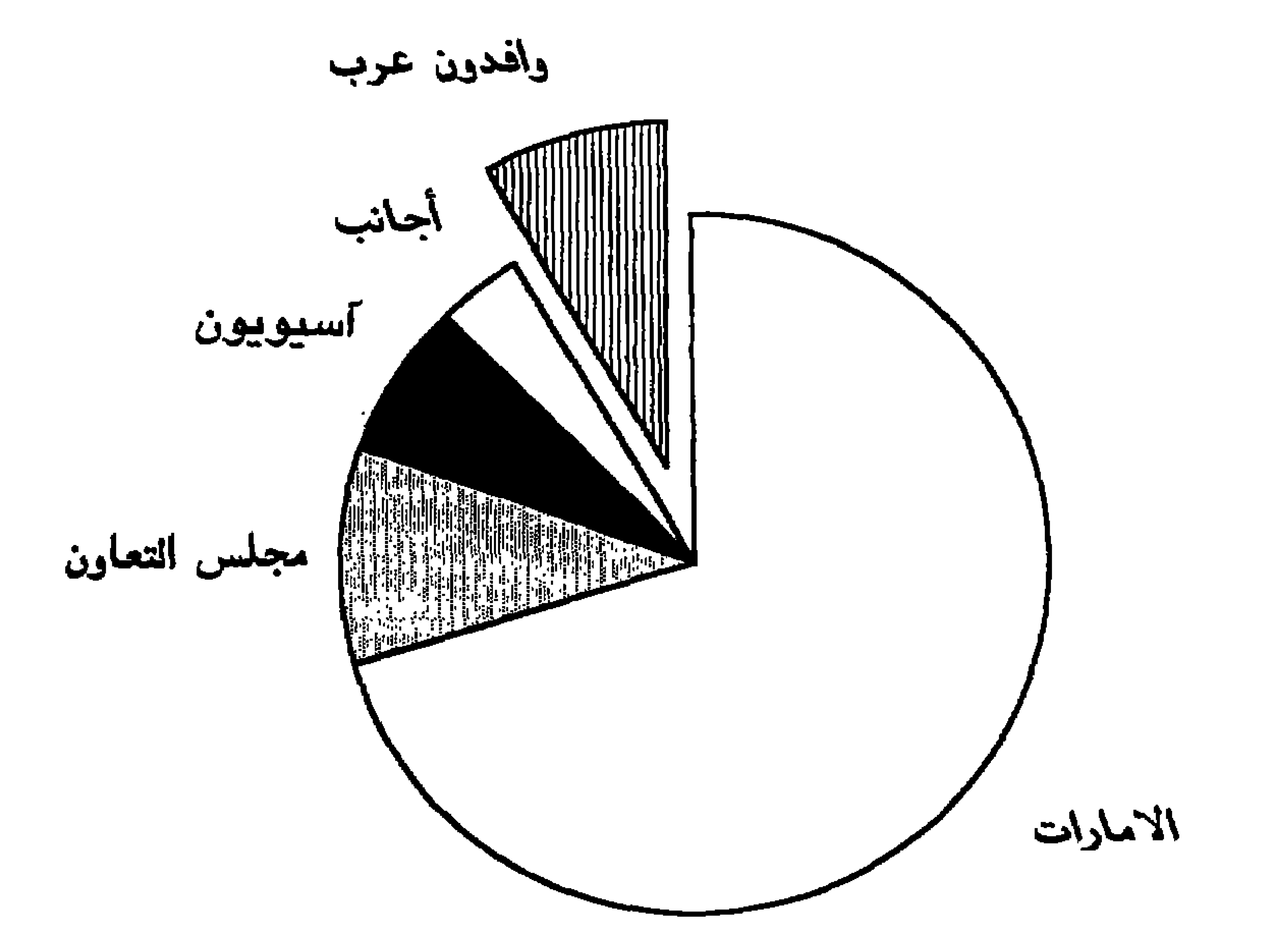
السنة	امارات		دول مجلس التعاون		وافدون عرب		اسيويون		اجانب		بدون جنسية		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
١٩٨١	١١	٪٦٥	٢	٪١١	٢	٪١٢	٢	٪١٢	-	-	-	-	١٧	٪١٠٠
١٩٨٢	٦٣	٪٦٦	٨	٪٨	١٣	٪١٤	١٢	٪١٢	-	-	-	-	٩٦	٪١٠٠
١٩٨٣	٤٧	٪٦٥	١٠	٪١٣	٩	٪١٢	٤	٪٦	٣	٪٤	-	-	٧٣	٪١٠٠
١٩٨٤	٤١	٪٦٨	٣	٪٥	١٢	٪٢٠	٤	٪٧	-	-	-	-	٦٠	٪١٠٠
١٩٨٥	٩٢	٪٨٥	٨	٪٧	٥	٪٥	٣	٪٣	-	-	-	-	١٠٨	٪١٠٠
١٩٨٦	١٠٥	٪٧١	١٣	٪٩	١٢	٪٨	١٠	٪٧	٨	٪٥	-	-	١٤٨	٪١٠٠
١٩٨٧	٨٨	٪٦٣	١٥	٪١١	١٣	٪٩	٨	٪٦	١٥	٪١١	-	-	١٣٩	٪١٠٠
١٩٨٨	٧٥	٪٧١	١١	٪١٠	٧	٪٧	٧	٪٧	٧	٪٥	-	-	١٠٦	٪١٠٠
١٩٨٩	٨٩	٪٦٨	١٨	٪١٤	٩	٪٧	١٤	٪١١	-	-	-	-	١٣٠	٪١٠٠
١٩٩٠	١٣٧	٪٧٥	١٨	٪١٠	٥	٪٣	١٠	٥ر٥٪	١٠	٥ر٥٪	٢	٪١	١٨٢	٪١٠٠

المصدر : المصدر السابق.

يتضح من الجدول السابق أن معظم حالات الإدمان الواردة إلى مستشفى الأمل من المواطنين ، يليهم دول مجلس التعاون الخليجي ، ثم الوافدون العرب ، ثم الآسيويون ثم الأجانب وأخيرا وبنسبة (١٪) في عام ١٩٩٠م ظهرت فئة البدون جنسية.

إن هذه النسب المرتفعة في حالات الإدمان بين شباب الإمارات والتي توضحها احصائيات المستشفيات واحصائيات جهات الأمن في الدولة أصبحت ملفتة للنظر ومهددة لكيان الأسرة والبناء الاجتماعي للمجتمع. كما أنها أصبحت مثيرة للقلق اذ أنها تفتك بثروة الدولة من شبابها ، ولايكفي أن تقوم جهة واحدة بمحاربة هذه الظاهرة ، كما لايمكن القول بأنه من الممكن القضاء عليها نهائيا ، إلا إنه من الممكن الحد من انتشارها وتقليصها إذا تضافرت الجهود وتوحدت الأهداف.

شكل (١٣) يوضح جنسيات المدمنين الذين تمت معالجتهم في مستشفى الأمل خلال الفترة من ١٩٨١ - ١٩٩٠م



والجدول التالي يوضح مهن المدمنين الذين كان يتم معالجتهم في مستشفى الأمل في الفترة من عام ١٩٨١م حتى عام ١٩٩٠م.

جدول (١٨)

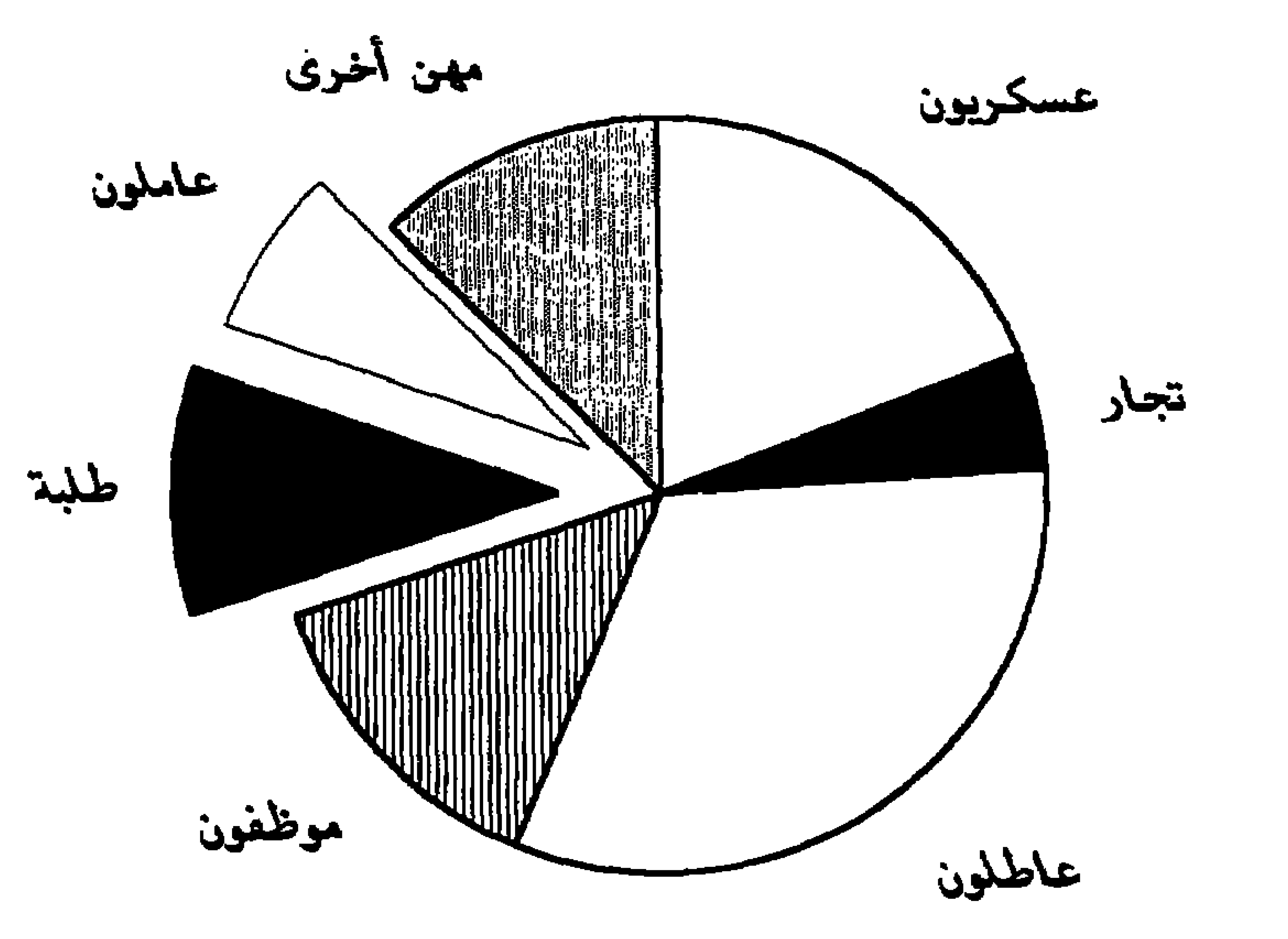
حالات الإدمان الواردة لمستشفى الأمل حسب فئات العمل خلال الفترة من ١٩٨١م حتى ١٩٩٠م

المهنة	عسكري		تاجر		عاطل		موظف		طالب		عامل		مهن حرة		ربة بيت		المجموع	
السنة	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
١٩٨١	٣	١٨٪	–	–	٧	٤١٪	–	–	–	–	٢	١٢٪	٥	٢٩٪	–	–	١٧	١٠٠٪
١٩٨٢	٢٣	٢٤٪	–	–	١٨	١٩٪	–	–	٨	٨٪	٥	٥٪	٤٢	٤٤٪	–	–	٩٦	١٠٠٪
١٩٨٣	١٤	١٩٪	–	–	٢٢	٣٠٪	–	–	١٠	١٤٪	٧	١٠٪	٢٠	٢٧٪	–	–	٧٣	١٠٠٪
١٩٨٤	١٧	٢٨٪	–	–	١٢	٢١٪	–	–	٥	٨٪	٨	١٣٪	١٨	٣٠٪	–	–	٦٠	١٠٠٪
١٩٨٥	٢٤	٢٢٪	–	–	٢٧	٢٥٪	٢٦	٢٤٪	٨	٧٪	٦	٦٪	١٧	١٦٪	–	–	١٠٨	١٠٠٪
١٩٨٦	٢٧	١٨٪	٥	٣٪	٥٣	٣٦٪	٣٠	٢٠٪	١٠	٧٪	٧	٥٪	١٦	١١٪	–	–	١٤٨	١٠٠٪
١٩٨٧	٢٨	٢٠٪	١٥	١١٪	٥٣	٣٨٪	١٧	١٢٪	١٠	٧٪	٨	٦٪	٨	٦٪	–	–	١٣٩	١٠٠٪
١٩٨٨	٢١	٢٠٪	٥	٥٪	٣٨	٣٦٪	١٤	١٣٪	١٥	١٤٪	١١	١٠٪	–	–	٢	٢٪	١٠٦	١٠٠٪
١٩٨٩	١٩	١٥٪	١١	٩٪	٤٩	٣٨٪	٢٠	١٥٪	٢١	١٦٪	٩	٧٪	–	–	١	٨ ر٪	١٣٠	١٠٠٪
١٩٩٠	٢٥	١٤٪	١٦	٩٪	٦٠	٣٣٪	٣٨	٢١٪	٢٤	١٣٪	١٣	٧٪	–	–	٥	٣٪	١٨٢	١٠٠٪

المصدر : المصدر السابق.

يلاحظ من الجدول السابق أن أكثر الفئات تعاطيا للمخدرات هي فئة العاطلين عن العمل، تليهم فئة أصحاب المهن الأخرى وذلك في الفترة من عام ١٩٨١م وحتى ١٩٨٤م ، وكان العسكريون في تلك الفترة يحتلون المرتبة الثالثة وفي العامين ١٩٨٥م و١٩٨٦م أصبح الموظفون في المرتبة الثانية وتراجع أصحاب المهن الأخرى إلى المرتبة الرابعة. إلا أنه ابتداءً من عام ١٩٨٧م أصبح العسكريون في المرتبة الثانية بعد العاطلين عن العمل ، ثم الموظفون في المرتبة الثالثة بينما احتل الطلبة المرتبة الرابعة ، ثم التجار في المرتبة الخامسة ، والعمال في المرتبة السادسة ، وفي الفترة من ١٩٨٨م وحتى ١٩٩٠م ظهرت حالات الإدمان على المخدرات بين عدد من ربات البيوت، وبالرغم من قلة عددهن إلا أنه من الملاحظ أن ظاهرة إدمان المخدرات لم تعد مقتصرة على فئات المجتمع من الرجال فقط وإنما بدأت تظهر لدى الإناث أيضا بما فيهن المواطنات. وكما ذكرنا سابقا فإنه لاتتوفر لدينا احصائيات متكاملة حول هذه الظاهرة في الدولة ، فلذلك فإن بعض هذه الاحصائيات قد لا

شكل (١٤) يوضح مهن المدمنين الواردين إلى مستشفى الأمل خلال الفترة من ١٩٨١ - ١٩٩٠م



تعكس الصـــورة الحقيقية لهذه الظــاهــرة ، إلا أنها في مجملهــا تشير إلى أن ظاهــرة تعاطي المخدرات تتزايد باستمرار وبصورة مقلقة.

٢ - إحصائيات مستشفى راشد :

بــالنسبة لإحصــائيات الإدمــان الخاصة بقسم الطب النفسي بمستشفى راشــد بــدبي فإنها تتناول حــالات إدمــان المخدرات في الفترة مــن عام ١٩٧٦م حتى عــام ١٩٨٣م حيث بلغ إجمالي عــدد الحالات خلال هــذه الفترة (٥٢٠) مــدمناً، وقــد تم تصنيف هــذه الحالات إلى مجموعــات حسب العمــر والجنس والجنسيــة ونوعيــة الإدمان ومصدر الحالة سواء كانت محولة من قبل الشرطة أو جاءت بنفسها أو عن طريق الأهل أو محولة عن طريق الطبيب العام.

أمــا الاحصائيــات الخاصة بــالفترة من عام ١٩٨٨م وحتى عــام ١٩٩١م فإنها تبين عدد حالات إدمان المخدرات خلال شهور كل سنة فقط.

وفيما يلي الجداول التي تعرض البيــانات والمعلومات الخاصــة بحالات الإدمان التي وردت إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشــد بــدبي، والمجمــوعــة الأولى من الجداول تعرض مــدى انتشار تعــاطي المخدرات خــلال ثمانية أعــوام من ١٩٧٦م وحتى ١٩٨٣م وذلك تبعا للجنس والعمر والجنسية.

جدول (١٩)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد
خلال عام ١٩٧٦م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ – ٢٥ سنة د	أ	٢٦ – ٣٥ سنة د	أ	٣٦ – ٤٥ سنة د	أ	٤٦ – ٥٥ سنة د	أ	٥٦ + سنة د	أ	مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة ٪
الإمارات	–	–	٤	–	٥	–	–	–	–	–	٩	–	٩	٪٢٥
الوافدون العرب	–	–	٥	–	١	–	–	–	–	–	٦	–	٦	٪١٦.٧
الأسيويون	–	–	٣	–	٩	–	–	–	–	–	١٢	–	١٢	٪٣٣.٣
الأوروبيون	–	–	–	–	٧	١	١	–	–	–	٨	١	٩	٪٢٥
جنسيات أخرى	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	–	–	١٢	–	٢٢	١	١	–	–	–	٣٥	١	٣٦	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٦٧٩ نسبة المدمنين = ٥,٣٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٤٦٠ نسبة المدمنين = ٧,٦٪

المصدر: سامي عياد، دراسة إحصائية الإدمان الواردة لمستشفى راشد من ٧٦ – ١٩٨٣م (دبي: ١٩٨٤م)

جدول (٢٠)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد
خلال عام ١٩٧٧م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ – ٢٥ سنة د	أ	٢٦ – ٣٥ سنة د	أ	٣٦ – ٤٥ سنة د	أ	٤٦ – ٥٥ سنة د	أ	٥٦ + سنة د	أ	مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة ٪
الإمارات	–	–	٢	–	٢	–	–	–	–	–	٤	–	٤	٪١٣.٨
الوافدون العرب	–	–	٣	–	٢	–	–	–	–	–	٥	–	٥	٪١٧.٢٤
الأسيويون	–	–	٦	–	٦	–	–	–	–	–	١٢	–	١٢	٪٤١.٣٨
الأوروبيون	١	–	١	١	٢	–	٣	–	–	–	٧	١	٨	٪٢٧.٥٨
جنسيات أخرى	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	١	–	١٢	١	١٢	–	٣	–	–	–	٢٨	١	٢٩	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٦٨٣ نسبة المدمنين = ٤,٢٤٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٦٠ نسبة المدمنين = ٦,٧٦٪

المصدر: المصدر السابق.

جدول (٢١)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٨م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ – ٢٥ سنة		٢٦ – ٣٥ سنة		٣٦ – ٤٥ سنة		٤٦ – ٥٥ سنة		٥٦ + سنة		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة %
	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
الإمارات	١	–	٨	–	٩	–	٦	–	–	–	٢٤	–	٢٤	٪٤١.٣٧
الوافدون العرب	–	–	٣	–	٢	–	١	–	–	–	٦	–	٦	٪١٠.٣٣
الأسيويون	٢	–	٦	–	٨	١	٥	–	–	–	٢١	١	٢٢	٪ ٣٨
الأوربيون	–	–	–	١	٤	–	١	–	–	–	٥	١	٦	٪١٠.٣
جنسيات أخرى	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	٣	–	١٧	١	٢٣	١	١٣	–	–	–	٥٦	٢	٥٨	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٩١٢ — نسبة المدمنين = ٦,٣٦ ٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٥٧٦ — نسبة المدمنين = ٩,٧٢ ٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٢)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٩م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ – ٢٥ سنة		٢٦ – ٣٥ سنة		٣٦ – ٤٥ سنة		٤٦ – ٥٥ سنة		٥٦ + سنة		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة %
	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
الإمارات	–	–	٦	–	١٣	–	٦	–	–	–	٢٥	–	٢٥	٪٣٨.٤٧
الوافدون العرب	–	–	٣	–	٢	–	١	–	–	–	٦	–	٦	٪٩.٢٣
الأسيويون	–	–	٦	–	٩	–	١١	–	–	–	٢٦	–	٢٦	٪ ٤٠
الأوربيون	–	١	١	–	١	–	٣	١	–	–	٥	٢	٧	٪١٠.٢٧
جنسيات أخرى	–	–	١	–	–	–	–	–	–	–	١	–	–	٪١.٥٣
المجموع	–	١	١٧	–	٢٥	–	٢١	١	–	–	٦٣	٢	٦٥	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٩٥٦ — نسبة المدمنين = ٦,٨ ٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٦٢٥ — نسبة المدمنين = ١٠ ٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٣)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد

خلال عام ١٩٨٠م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ - ٢٥ سنة		٢٦ - ٣٥ سنة		٣٦ - ٤٥ سنة		٤٦ - ٥٥ سنة		٥٦ + سنة		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة ٪
	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
الإمارات	١٤	١	٦	١	٣	-	٢	-	-	-	٢٥	٢	٢٧	٪٤٠.٩
الوافدون العرب	٧	-	٥	١	٤	-	٢	-	-	-	١٨	١	١٩	٪٢٨.٧٩
الاسيويون	٣	-	١٠	-	٢	-	٢	-	-	-	١٧	-	١٧	٪٢٥.٧٦
الاوروبيون	-	-	١	-	١	-	-	-	١	-	٣	-	٣	٪٤.٥٥
جنسيات اخرى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٢٤	١	٢٢	٢	١٠	-	٦	-	١	-	٦٣	٣	٦٦	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٩٧٣ — نسبة المدمنين = ٦,٧٨ ٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٦١٩ — نسبة المدمنين = ١٠,١٧ ٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٤)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد

خلال عام ١٩٨١م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ - ٢٥ سنة		٢٦ - ٣٥ سنة		٣٦ - ٤٥ سنة		٤٦ - ٥٥ سنة		٥٦ + سنة		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة ٪
	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
الإمارات	١٢	-	١٣	-	٥	-	٢	-	-	-	٣٣	-	٣٣	٪٤١.٥٣
الوافدون العرب	٢	-	٣	-	٢	-	-	-	-	-	٧	-	٧	٪١٠.٣
الاسيويون	٢	-	٩	٢	٦	-	٢	١	-	-	٢٠	٣	٢٣	٪٣٣.٨٢
الاوروبيون	-	١	-	-	١	١	١	١	-	-	٢	٣	٥	٪٧.٣٥
جنسيات اخرى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	١٦	١	٢٥	٢	١٤	١	٧	٢	-	-	٦٢	٦	٦٨	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٩٦٥ — نسبة المدمنين = ٧ ٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٦١٥ — نسبة المدمنين = ١٠ ٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٥)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٢م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ – ٢٥ سنة		٢٦ – ٣٥ سنة		٣٦ – ٤٥ سنة		٤٦ – ٥٥ سنة		٥٦ + سنة		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة ٪
	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
الإمارات	١٥	١	٨	١	١٢	–	٣	–	١	–	٣٩	٢	٤١	٪٤٥
الوافدون العرب	١٢	٢	٥	–	١	–	–	–	–	–	١٨	٢	٢٠	٪٢١.٩٧
الاسيويون	٢	–	٨	–	٦	–	٦	١	–	–	٢٢	١	٢٣	٪٢٥.٢٧
الاوروبيون	٣	–	٢	–	٢	–	–	–	–	–	٧	–	٧	٪٧.٧٦
جنسيات أخرى	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	٣٢	٣	٢٣	١	٢١	–	٩	١	١	–	٨٦	٥	٩١	٪١٠٠

عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ٩٦٧ نسبة المدمنين = ٩,٤ ٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٦٠٠ نسبة المدمنين = ١٤,٣٣ ٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٦)

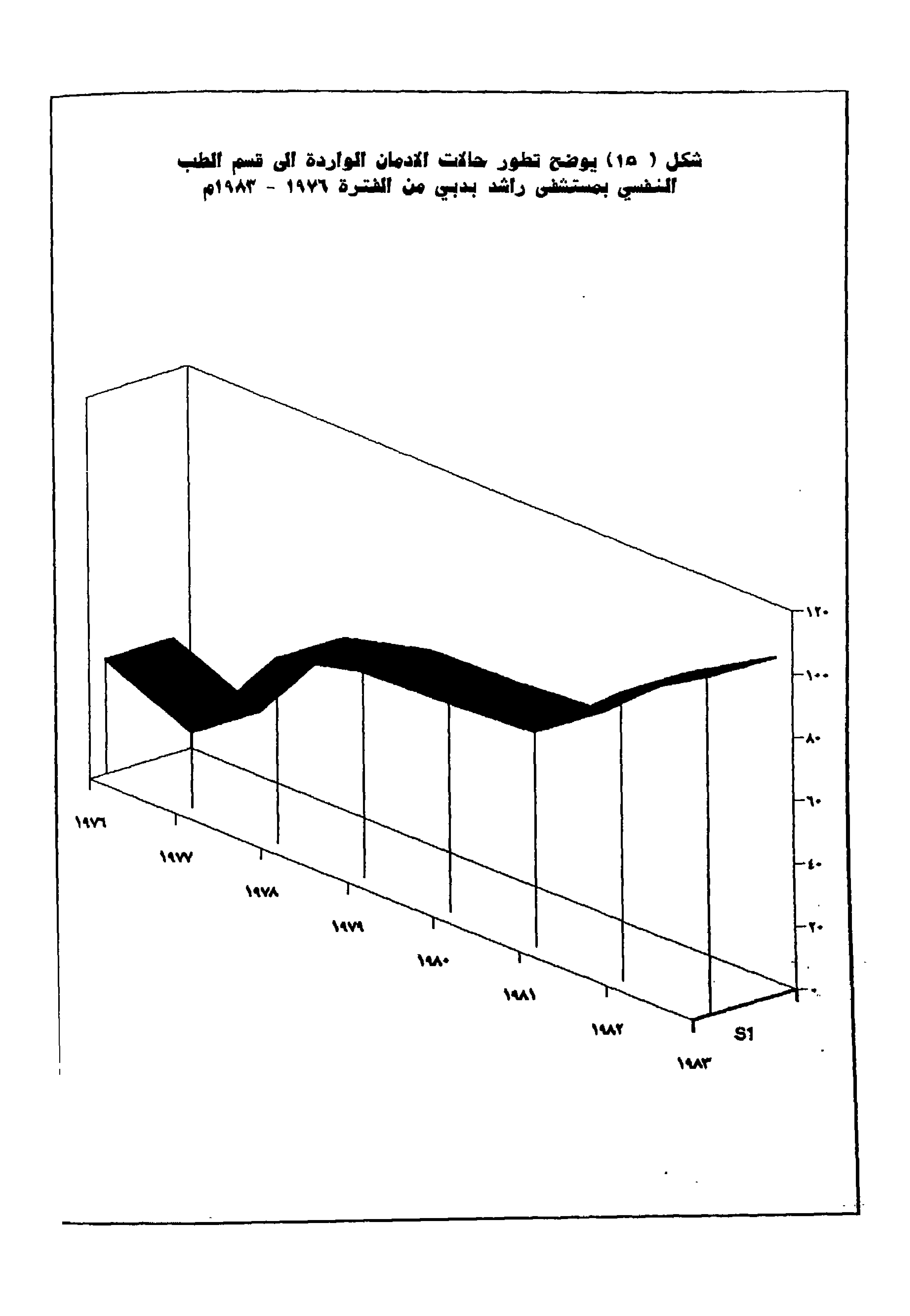
حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٣م حسب الجنسية والعمر والجنس

العمر / الجنس / الجنسية	١٥ – ٢٥ سنة		٢٦ – ٣٥ سنة		٣٦ – ٤٥ سنة		٤٦ – ٥٥ سنة		٥٦ + سنة		مجموع الذكور	مجموع الإناث	المجموع الكلي	النسبة ٪
	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ	د	أ				
الإمارات	٢٧	–	١٧	١	٦	–	٣	–	٣	–	٥٦	١	٥٧	٪٥٣.٢٧
الوافدون العرب	١٠	–	١٠	–	٤	–	–	–	١	١	٢٥	١	٢٦	٪٢٤.٣
الاسيويون	٣	–	٦	٣	٥	١	٤	–	–	–	١٨	٣	٢١	٪١٩.٦٣
الاوروبيون	١	–	٢	–	–	–	–	–		–	٣	–	٣	٪٢.٨
جنسيات أخرى	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	٤١	–	٢٥	٣	١٥	١	٧	–	٤	١	١٠٢	٥	١٠٧	٪١٠٠

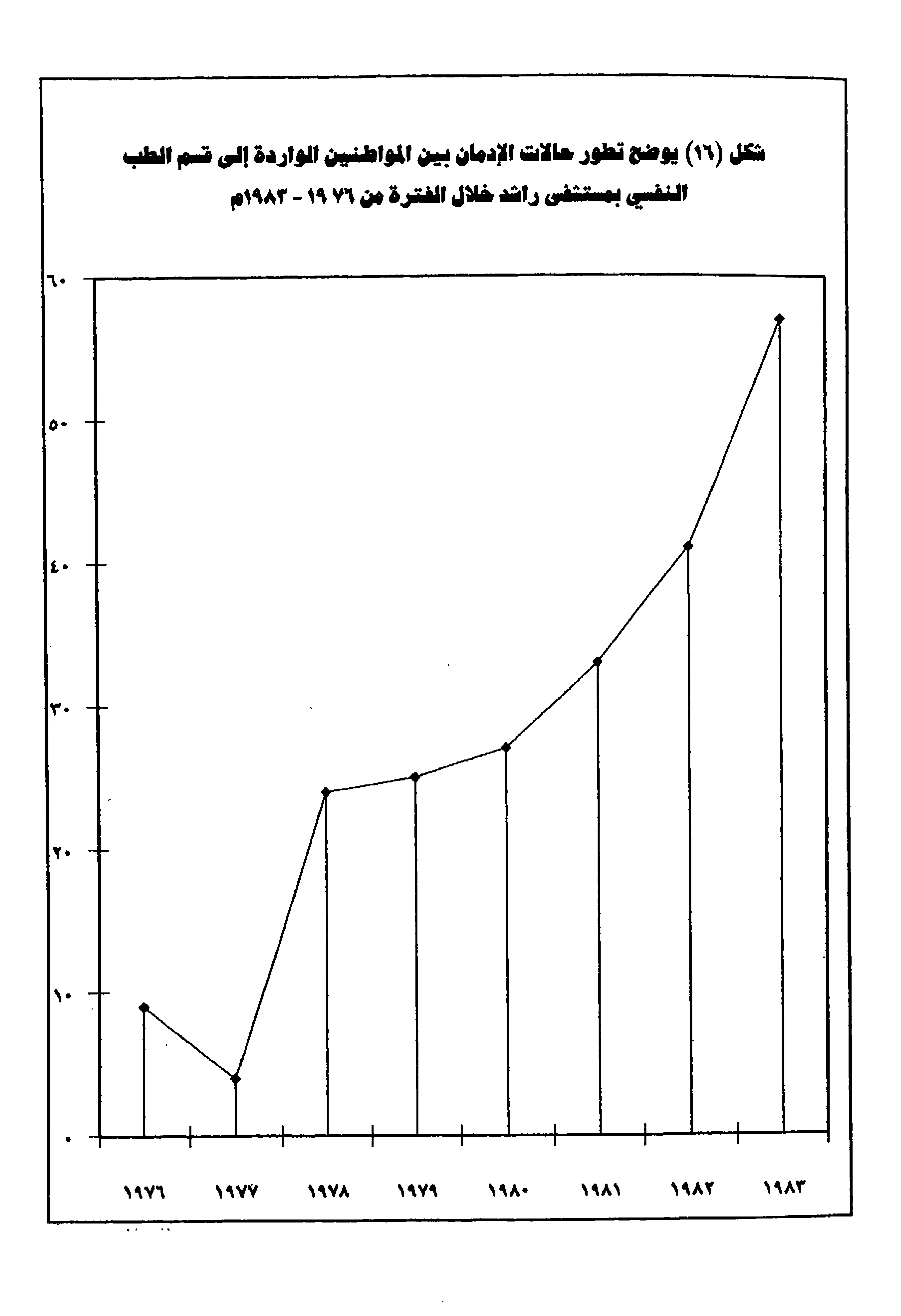
عدد المرضى المترددين على المستشفى بصفة عامة = ١٠٠٨ نسبة المدمنين = ١٠,٦ ٪

عدد المرضى الذكور المترددين على المستشفى = ٦٣٩ نسبة المدمنين = ١٦ ٪

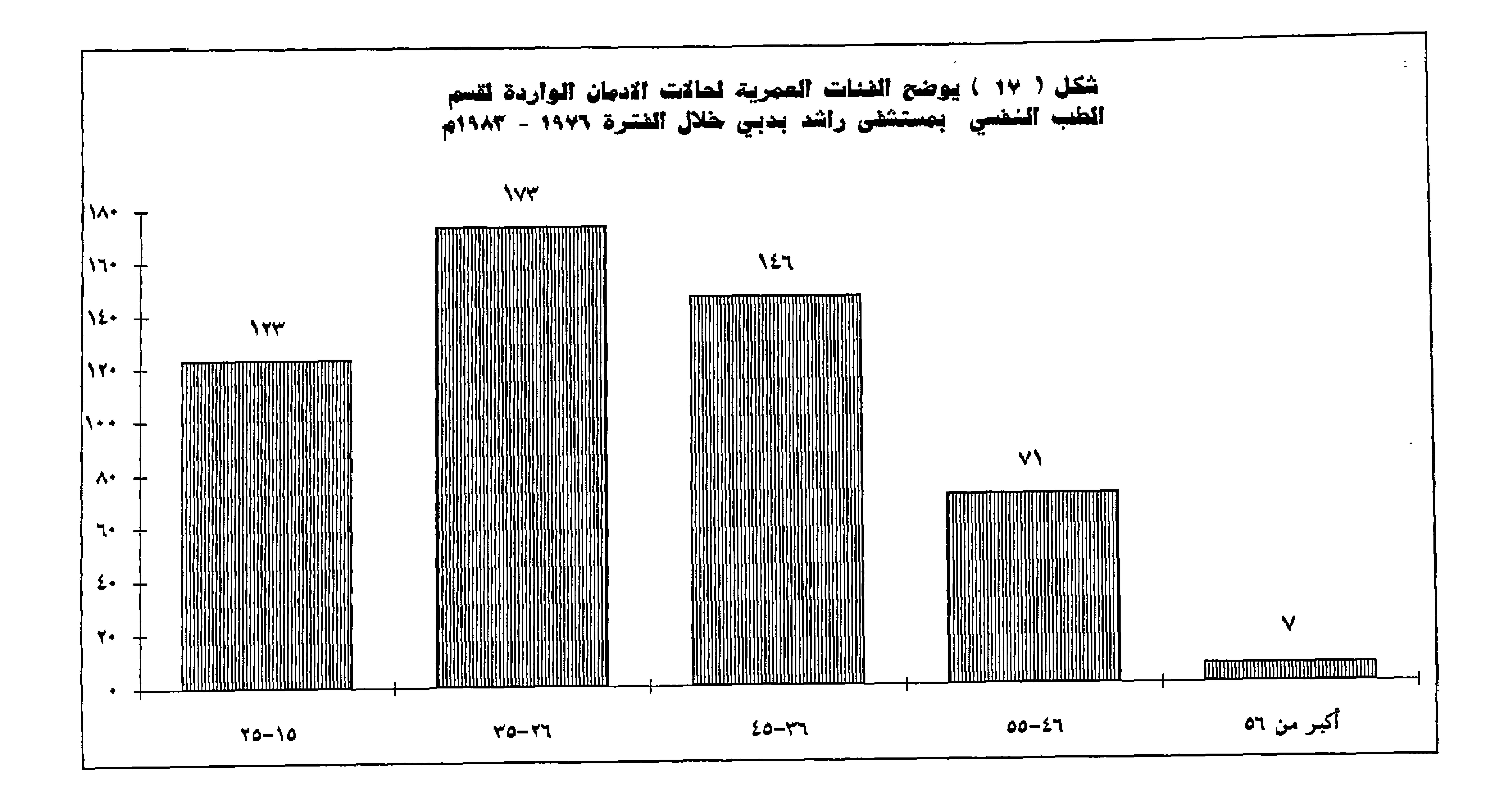
المصدر : المصدر السابق.

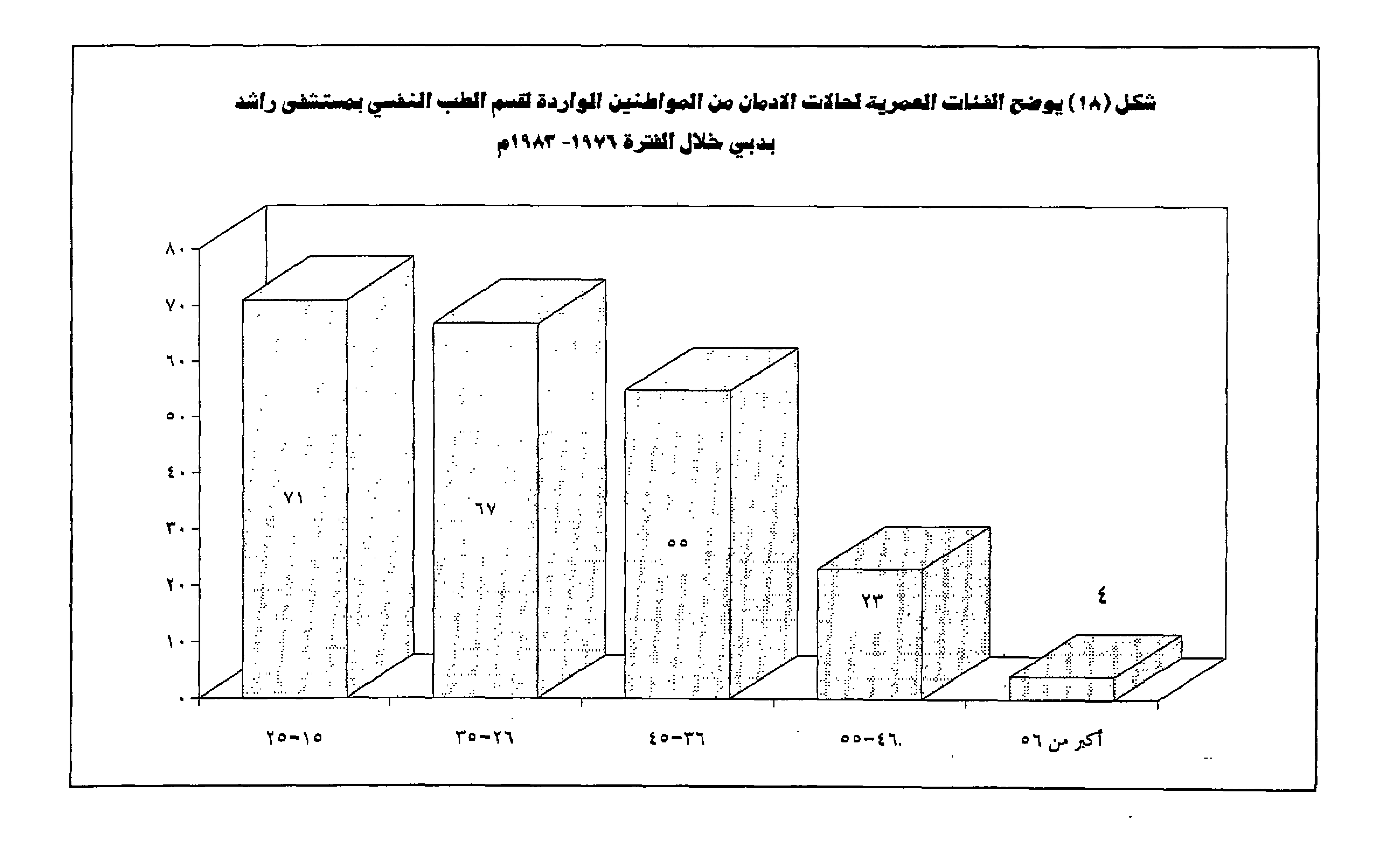


شكل (١٥) يوضح تطور حالات الادمان الواردة الى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي من الفترة ١٩٧٦ - ١٩٨٣م


شكل (١٦) يوضح تطور حالات الإدمان بين المواطنين الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال الفترة من ٧٦ ١٩ - ١٩٨٣م
٦٠
٥٠
٤٠
٣٠
٢٠
١٠
٠
١٩٧٦
١٩٧٧
١٩٧٨
١٩٧٩
١٩٨٠
١٩٨١
١٩٨٢
١٩٨٣

شكل (١٧) يوضح الفئات العمرية لحالات الادمان الواردة لقسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة ١٩٧٦ - ١٩٨٣م




شكل (١٨) يوضح الفئات العمرية لحالات الادمان من المواطنين الواردة لقسم الطب النفسي بمستشفى راشد
بدبي خلال الفترة ١٩٧٦- ١٩٨٣م
٨٠
٧٠
٦٠
٥٠
٤٠
٣٠
٢٠
١٠
٠
٧١
٦٧
٥٥
٢٣
٤
١٥-٢٥
٢٦-٣٥
٣٦-٤٥
٤٦-٥٥.
أكبر من ٥٦

الجداول السابقة عرضت حالات تعاطي المخدرات التي وردت إلى مستشفى راشد خلال ثمانية أعوام ابتداء من عام ١٩٧٦م وحتى عام ١٩٨٣م. وبمقارنة عدد المدمنين في عام ١٩٧٦م بعددهم في عام ١٩٨٣م نجد أنهم قد تضاعفوا ثلاث مرات ، فقد كان عددهم عام ١٩٧٦م هو (٣٦) مدمنا ، وأصبحوا (١٠٧) مدمنين عام ١٩٨٣. كما أن نسبتهم إلى بقية المرضى الذين كانوا يترددون على المستشفى بصفة عامة كان حوالي ٥,٣٪ عام ١٩٧٦م ، وقد ارتفعت هذه النسبة إلى الضعف لتصبح ١٠,٦٪ عام ١٩٨٣م.

كما أن نسبة المدمنين من المواطنين تضاعفت أيضا ، فبعد أن كانت ٢٥٪ عام ١٩٧٦م أصبحت في عام ١٩٨٣م حوالي ٥٣,٢٧٪.

وبالتدقيق في الجداول السابقة نلاحظ أن الاتجاه العام لمدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات يرتفع وبصورة خطيرة بين الشباب في الفئة العمرية من ١٥ – ٢٥ سنة، ففي عام ١٩٧٦م لم تكن هناك أية حالة إدمان تحت سن (٢٥) سنة ، وظهرت حالة واحدة فقط عام ١٩٧٧م، إلا أنه في عام ١٩٨٣م بلغ عدد حالات الإدمان تحت سن (٢٥) سنة (٤١) حالة من أصل (١٠٧) حالات . أي أن ٣٨,٣٪ من حالات الإدمان التي كان يتم معالجتها في المستشفى كانت أعمارهم تتراوح ما بين ١٥ إلى ٢٥ سنة.

ومن الملاحظ أيضا أن نسبة المدمنين من الذكور من إجمالي عدد المرضى الذكور الذين كانوا يترددون على المستشفى بصفة عامة عام ١٩٧٦م كانت ٧,٦٪ ، وارتفعت هذه النسبة لتصبح ١٦٪ من المرضى الذكور.

أما بالنسبة لإدمان المخدرات بين الإناث فإن نمو هذه الظاهرة وانتشارها لا زالت متواضعة ومعتدلة ، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الجداول السابقة ففي عام ١٩٧٦م كانت هناك حالة واحدة فقط ، وارتفع هذا العدد ليصبح ٥ حالات عام ١٩٨٣م ، وإذا نظرنا إلى هذه الزيادة من الناحية الاحصائية فإن الحالات تضاعفت ٥ مرات ، ولكن بالنظر إلى مجموع الإناث بصفة عامة فإن هذه النسبة بسيطة جدا.

ومن الملاحظ أيضا على الجداول السابقة أنه خلال الأربع سنوات الأولى أي من عام ١٩٧٦م وحتى عام ١٩٧٩م تم معالجة ست حالات إدمان بين الإناث، وقد ارتفع هذا العدد خلال الأربعة أعوام الأخيرة أي من ١٩٨٠م إلى ١٩٨٣م ليصل إلى (١٩) حالة إدمان بين الإناث. وفي الواقع إن الدلائل تشير إلى أنه من المتوقع أن ترتفع أعداد المدمنين في السنوات التالية، وأن هذه الزيادة ستكون سريعة، ونسبيا ستكون أكثر ارتفاعا بين الإناث.

وفيما يلي سنعرض المجموعة الثانية من الجداول والتي تعرض نوعية المخدرات التي كان يتعاطاها المدمنون خلال الفترة من عام ١٩٧٦م إلى عام ١٩٨٣م وذلك حسب جنسية هؤلاء المدمنين.

جدول (٢٧)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٦م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة ٪
مورفين	١	١	٢	–	–	٤	٪١١
كوكايين و هيروين	–	–	–	–	–	–	–
حشيش	–	٢	–	–	–	٢	٪٥.٥
كحول	٧	٢	٨	٨	–	٢٥	٪٦٩.٥
أقراص مخدرة	١	١	٢	١	–	٥	٪١٤
المجموع	٩	٦	١٢	٩	–	٣٦	٪١٠٠

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٨)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد
خلال عام ١٩٧٧م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة %
مورفين	–	١	٣	–	–	٤	١٣.٨٪
كوكايين و هيروين	–	–	–	–	–	–	–
حشيش	–	١	–	–	–	١	٣.٥٪
كحول	٤	٢	٨	٨	–	٢٣	٧٩.٢٪
أقراص مخدرة	–	–	١	–	–	١	٣.٥٪
المجمــوع	٤	٥	١٢	٨	–	٢٩	١٠٠٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٢٩)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد
خلال عام ١٩٧٨م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة %
مورفين	٤	–	١٠	–	–	١٤	٢٤.٢٪
كوكايين و هيروين	١	–	١	–	–	٢	٣.٤٪
حشيش	–	٢	–	–	–	٢	٣.٤٪
كحول	١٧	٤	١٠	٥	–	٣٦	٦٢٪
أقراص مخدرة	٢	–	١	١	–	٤	٧٪
المجمــوع	٢٤	٦	٢٢	٦	–	٥٨	١٠٠٪

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٣٠)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٩م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة ٪
مورفين	٧	-	١٠	-	-	١٧	٪٢٦,١٥
كوكايين و هيروين	٢	١	٨	-	-	١١	٪١٧
حشيش	١	-	-	١	-	٢	٪٣
كحول	١٥	٤	٦	٦	١	٣٢	٪٤٩,٣
أقراص مخدرة	-	١	٢	-	-	٣	٪٤,٦
المجمـــوع	٢٥	٦	٢٦	٧	١	٦٥	٪١٠٠

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٣١)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٠م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة ٪
مورفين	٥	٤	٤	-	-	١٣	٪١٩,٧
كوكايين و هيروين	٢	٦	٢	-	-	١٠	٪١٥,١٥
حشيش	-	١	-	-	-	١	٪١,٥
كحول	١٦	٦	٧	٣	-	٣٢	٪٤٨,٥
أقراص مخدرة	٤	٢	٤	-	-	١٠	٪١٥,١٥
المجمـــوع	٢٧	١٩	١٧	٣	-	٦٦	٪١٠٠

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٣٢)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨١م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة ٪
مورفين	١٠	٤	٩	–	–	٢٣	٪٣٣.٨
كوكايين و هيروين	٢	٢	١	–	–	٥	٪٧.٤
حشيش	–	–	–	–	–	–	–
كحول	١٨	–	١٢	٤	–	٣٤	٪٥٠
أقراص مخدرة	٣	١	١	١	–	٦	٪٨.٨
المجمـــوع	٣٣	٧	٢٣	٥	–	٦٨	٪١٠٠

المصدر : المصدر السابق.

جدول (٣٣)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٢م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة ٪
مورفين	٤	٣	٨	–	–	١٥	٪١٦.٥
كوكايين و هيروين	٦	٦	٥	–	–	١٧	٪١٨.٧
حشيش	–	٢	–	–	–	٢	٪٢.٢
كحول	٢٧	٨	٩	٦	–	٥٠	٪٥٤.٩
أقراص مخدرة	٤	١	١	١	–	٧	٪٧.٧
المجمـــوع	٤١	٢٠	٢٣	٧	–	٩١	٪١٠٠

المصدر : المصدر السابق.

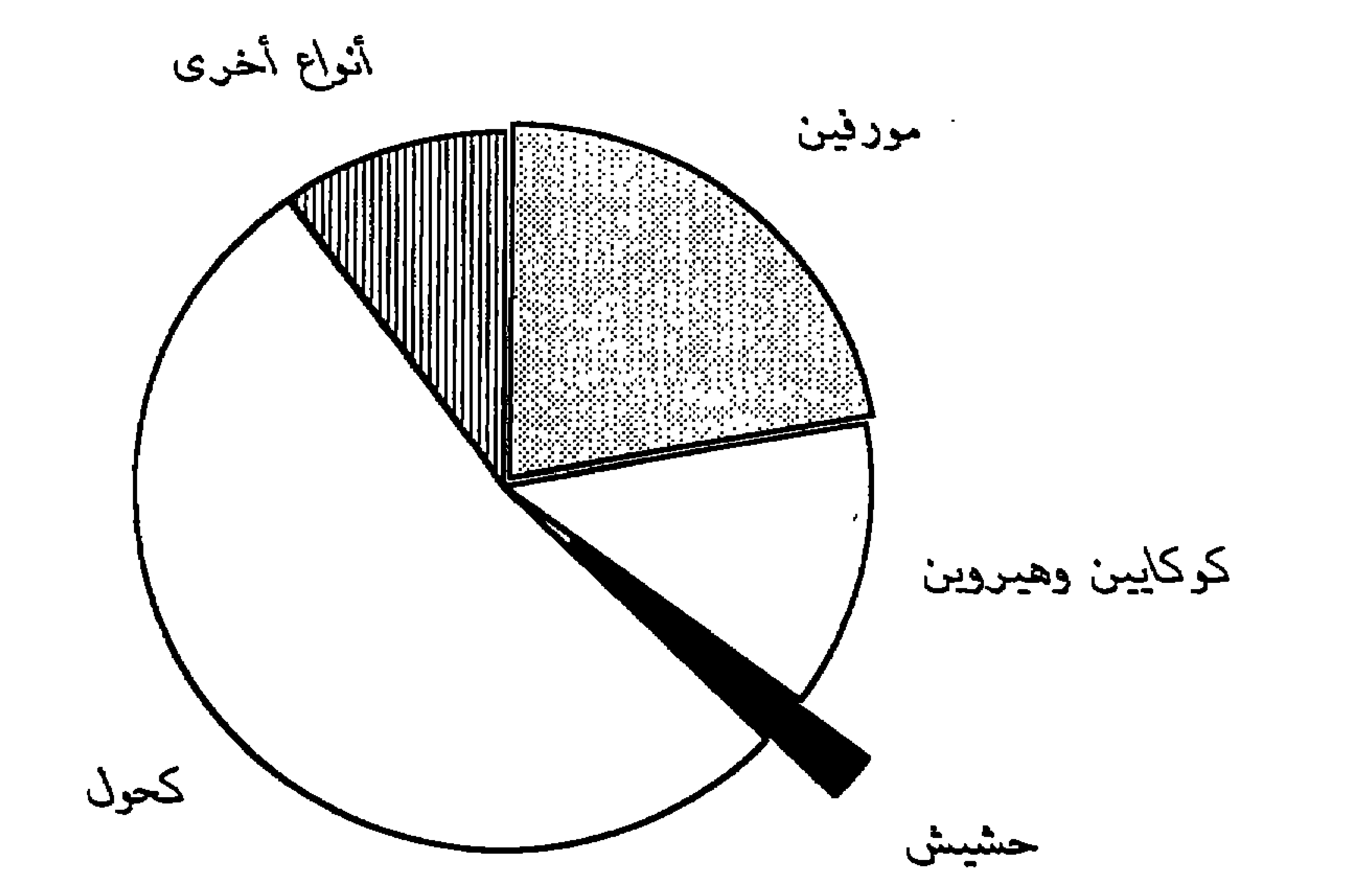
جدول (٣٤)

حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد
خلال عام ١٩٨٣م حسب الجنسية ونوعية الإدمان

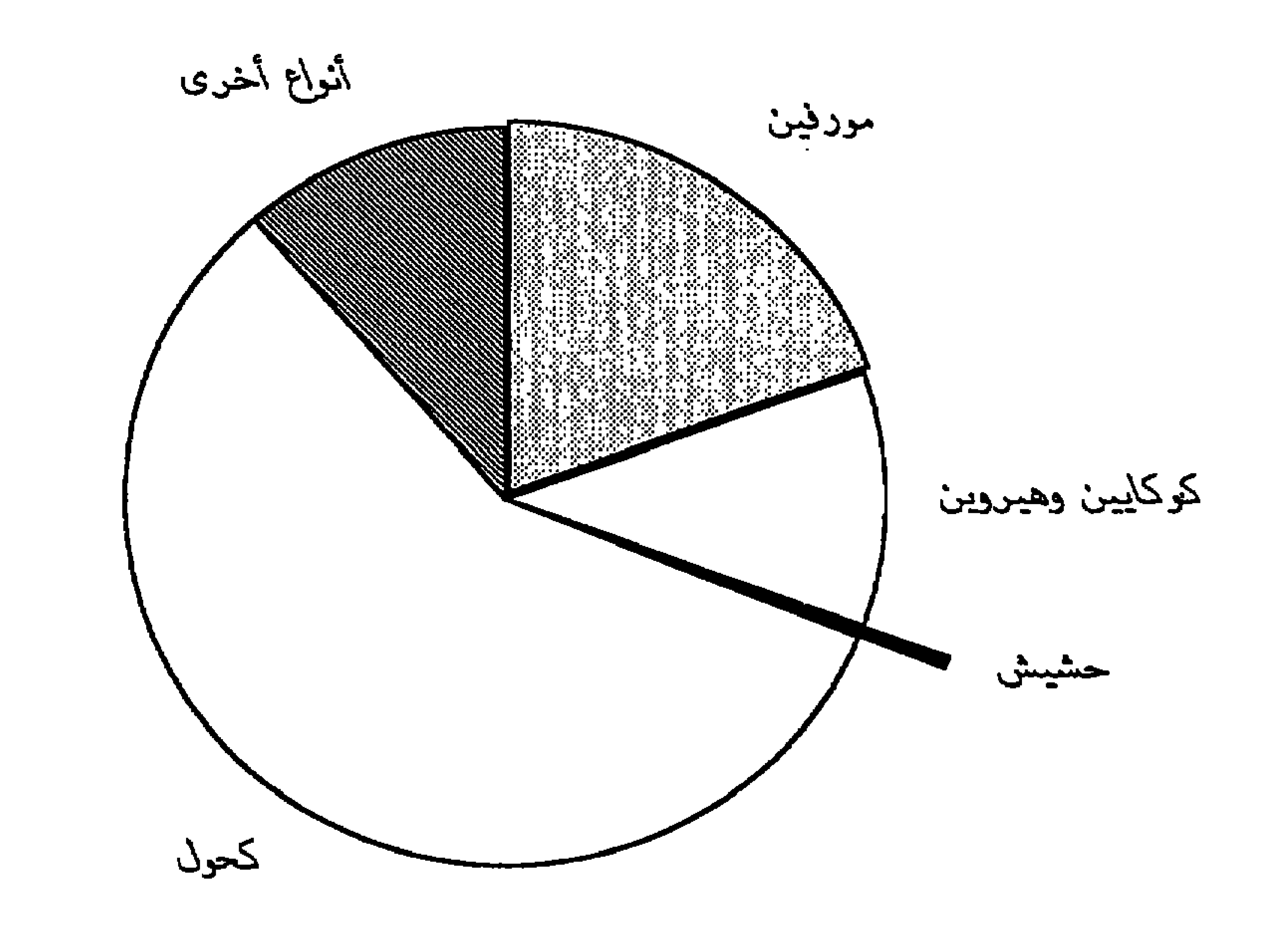
الجنسية / نوع المخدر	إمارات	وافدون عرب	آسيويون	أوروبيون	جنسيات أخرى	المجموع	النسبة %
مورفين	١١	١٠	٥	-	-	٢٦	٢٤.٣٪
كوكايين و هيروين	١١	١٠	١	-	-	٢٢	٢٠.٦٪
حشيش	-	١	-	-	-	١	٠.٩٪
كحول	٢٥	٢	١٣	٣	-	٤٣	٤٠.٢٪
أقراص مخدرة	١٠	٣	٢	-	-	١٥	١٤٪
المجموع	٥٧	٢٦	٢١	٣	-	١٠٧	١٠٠٪

المصدر: المصدر السابق.

شكل (١٩) يوضح نوعية الادمان لدى المدمنين المترددين على قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي من الفترة ١٩٧٦ - ١٩٨٣م



شكل (٣٠) يوضح نوعية الادمان لدى المدمنين المواطنين المترددين على قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي من الفترة ١٩٧٦ - ١٩٨٣م



يلاحظ على الجداول السابقة التي عرضت نوعية المخدرات التي كان المدمنون يتعاطونها خلال الفترة من عام ١٩٧٦م إلى عام ١٩٨٣م أن تناول المشروبات الكحولية كانت هي الغالبة على بقية المواد المخدرة، ففي عام ١٩٧٦م بلغت نسبة مدمني الكحول الذين ترددوا على المستشفى حوالي ٧٠٪ ، إلا أنه في عام ١٩٨٣م هبطت هذه النسبة لتصل إلى حوالي ٤٠٪. بينما بدأ بعض حالات الإدمان لمواد مخدرة أخرى في الظهور. ففي عام ١٩٧٦م كانت نسبة مدمني المورفين حوالي ١١٪ وقد ارتفعت هذه النسبة إلى ٢٤٪ عام ١٩٨٣م. أما بالنسبة للهيروين والكوكايين فلم تكن هناك أية حالة إدمان عليهما في عام ١٩٧٦م. إلا أنه ابتداء من عام ١٩٧٨م بدأت حالات إدمان الهيروين والكوكايين ترد إلى المستشفى حيث بلغت نسبتهما حوالي ٤ر٣٪ وقد تضاعفت هذه النسبة عدة مرات لتصل في عام ١٩٨٣م إلى ٢٠,٦٪ وأغلبية المتعاطين كانوا من الشباب في الفئة العمرية من ١٥ – ٢٥ سنة.

وبالنسبة لمخدر الحشيش فقد كان بعكس بقية المواد المخدرة من حيث مدى التعاطي ، فبعد أن كانت نسبة الحالات التي تتعاطاه حوالي ٥ر٥٪ في عام ١٩٧٦م، فإن هذه النسبة بدأت تتناقص لتصل في عام ١٩٨٣م إلى ٠,٩ ٪.

أما بالنسبة للأقراص المخدرة والأنواع الأخرى من المخدرات فإن نسبة تعاطيها ظلت ثابتة تقريبا خلال الثمان سنوات التي تعرضت لها الجداول السابقة.

من الملاحظ أن ظهور وانتشار المواد المخدرة المختلفة أدى إلى تزايد مستمر في عدد المدمنين ، ولعل الأخطر من ذلك هو أن عدد مدمني المواد المخدرة الشديدة الفتك بالإنسان كالهيروين والكوكايين بدأ يتزايد بصفة خاصة ، كما أن هناك بعض المواد المخدرة الضارة جدا بخلايا الدماغ والذي يتعاطاها الشباب وهي لاتقع تحت طائلة القانون بل هي متوفرة وبكثرة في المجتمع مثل الغراء والمواد البترولية والمذيبات الطيارة وبعض أنواع النمل «السمسوم».

إن هذه الاحصائيات تعرض علينا مشكلة ذات شقين ، أحدهما يخص المواد

المخدرة التي يمنع القانون تداولها ويحارب استخدامها أو تعاطيها. إلا في الحدود الطبية والبحثية، والآخر يخص تلك المواد التي لاتقع تحت طائلة القانون والتي يسيىء البعض استخدامها. والمشكلة الأكبر من هذا وذاك هوكيفية وضع خطة متكاملة للسيطرة على هذه الظاهرة الخطيرة.

أما المجموعة الثالثة من الجداول وهي عبارة عن جدول واحد فإنه يعرض المصادر التي جاءت منها حالات الإدمان ، سواء كانت محولة من قبل الشرطة أو من قبل الطبيب العام أو جاءت بنفسها أو عن طريق الأهل وذلك خلال الفترة من عام ١٩٧٦م حتى عام ١٩٨٣ م.

جدول (٣٥)

المصادر التي حولت منها حالات ادمان المخدرات إلى مستشفى راشد خلال الفترة من ١٩٧٦ إلى ١٩٨٣

المصدر	المواطنون						الوافدون					
السنوات	الطبيب العام	الاسرة	بنفسه	الشرطة العدد	الشرطة %	المجموع	الطبيب العام	الاسرة	بنفسه	الشرطة العدد	الشرطة %	المجموع
١٩٧٦	٢	١	٢	٤	٤٤ر٤٪	٩	١٠	٢	٧	٨	٢٩ر٦٪	٢٧
١٩٧٧	١	–	١	٢	٥٠٪	٤	٨	٣	٤	١٠	٤٠٪	٢٥
١٩٧٨	٦	٣	٥	١٠	٤١ر٦٪	٢٤	٢	٤	١٦	١٢	٣٥ر٢٪	٣٤
١٩٧٩	٣	٣	١٤	٥	٢٠٪	٢٥	٧	–	٨	٢٥	٦٢ر٥٪	٤٠
١٩٨٠	٦	٢	١١	٨	٢٩ر٦٪	٢٧	٤	٣	١٦	١٦	٤١٪	٣٩
١٩٨١	١١	–	١٢	١٠	٣٠٪	٣٣	١٠	١	١٢	١٢	٣٤ر٣٪	٣٥
١٩٨٢	٨	٥	١٥	١٣	٣١ر٧٪	٤١	٤	٣	٢٣	٢٠	٤٠٪	٥٠
١٩٨٣	٤	٧	٣٦	١٠	١٧ر٥٪	٥٧	٨	٤	٢١	١٧	٣٤٪	٥٠

المصدر: المصدر السابق.

كما هــو مــلاحظ على الجدول الســابق أن نسبــة حــالات الإدمــان بين المواطنين والمحولة من قبل الشرطة خلال عــام ١٩٧٦م كانت حوالي ٤٤,٤٪، وارتفعت سنة ١٩٧٧م لتصل إلى ٥٠٪، ثم بـدأت تهبط تـدريجيا حتى وصلت عــام ١٩٨٣م إلى حوالي ٥ر١٧٪ فقط، وفي المقــابل بدأت نسبة الـذين يتقدمــون للعلاج بأنفسهم في الارتفــاع، فبينما كــانت نسبتهم عام ١٩٧٦م حــوالي ٢٢٪ أصبحت عــام ١٩٨٣م حوالي ٦٣٪. وقد حدث العكس في حالات الإدمان المحولة من الشرطة لدى الوافدين، ففي عــام ١٩٧٦م شكلت نسبة حــالات الإدمان المحولــة من قبل الشرطــة حوالي ٣٠٪، وقد ارتفعت هذه النسبة لتصل عــام ١٩٨٣م إلى حوالي ٣٤٪. أما بالنسبة لأولئك الذين تقدمــوا للعلاج بأنفسهم فإن نسبتهم أيضا كانــت ترتفع في كل عام، فبعد أن كانوا يشكلون حوالي ٢٦٪ عام ١٩٧٦م أصبحوا حوالي ٤٢٪ عام ١٩٨٣م.

إن هذا الأمر يفتح المجــال للتساؤل عن سبب ارتفاع نسبة الذين تقـدموا للعلاج بأنفسهم من المواطنين بــالذات، هل هــو نتيجــة زيادة الـدافعية والــوعي الصحي والعلاجــي لديهم؟ أم هــو نتيجة حاجتهــم للعقاقير الطبية كعمليــة تعويضيــة عن المخدرات عندما تكون المصادر التي يحصلون منها على هذه المخدرات قد تم تضييق الخناق عليها؟!!

أما الجدول التالي فإنه يبين عدد حالات إدمان المخدرات الذي كان يتم معالجته في قسم الطب النفسي بمستشفى راشــد بدبي خــلال الفترة من ١/١/١٩٨٨م وحتى ٢٥/١٢/١٩٩١م.

جدول (٣٦)

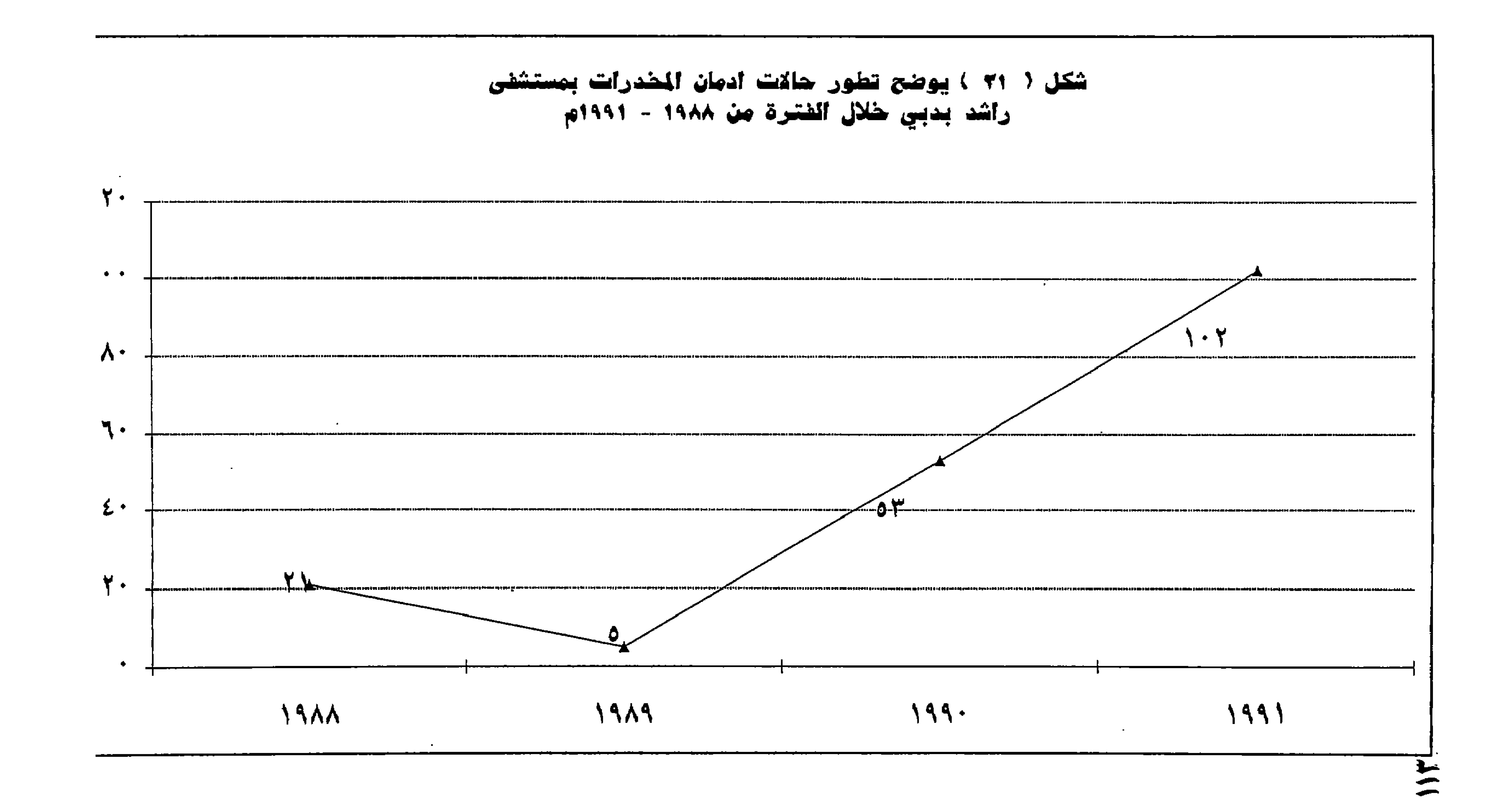
عدد حالات إدمان المخدرات خلال الفترة من ١/١/١٩٨٨م وحتى ٢٥/١٢/١٩٩١م

بمستشفى راشد بدبي

نوع الادمان	حالات ادمان المخدرات											
السنوات	١٩٨٨			١٩٨٩			١٩٩٠			١٩٩١		
الجنس	ذكور	اناث	المجموع	ذكور	اناث	المجموع	ذكور	اناث	المجموع	ذكور	اناث	المجموع
يناير	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٨	١	٩
فبراير	-	-	-	٢	-	٢	١	-	١	١٦	١	١٧
مارس	٢	-	٢	-	-	-	-	-	-	٢٠	-	٢٠
ابريل	٢	-	٢	١	-	١	٢	-	٢	١٠	-	١٠
مايو	٦	-	٦	١	-	١	-	-	-	١١	١	١٢
يونيو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥	-	٥
يوليو	٢	١	٣	-	-	-	-	-	-	٩	-	٩
اغسطس	٢	-	٢	-	-	-	-	-	-	٤	-	٤
سبتمبر	٢	-	٢	-	-	-	١	-	١	٤	-	٤
اكتوبر	١	-	١	-	-	-	١٢	١	١٣	١١	-	١١
نوفمبر	١	-	١	-	-	-	١٧	-	١٧	١	-	١
ديسمبر	٢	-	٢	١	-	١	١٨	١	١٩	-	-	-
المجموع	٢٠	١	٢١	٥	-	٥	٥١	٢	٥٣	٩٩	٣	١٠٢

المصدر : الاحصائيات السنوية لمستشفى راشد بدبي.

يلاحظ على الجدول السابق أنه لاتوجد فترة معينة خلال السنة تتزايد فيها حالات تعاطي المخدرات، فبينما ارتفع عدد هذه الحالات في الشهور الأخيرة من عام ١٩٩٠م ، نجد أنه كان العكس في عام ١٩٩١م حيث ازداد عدد الحالات في بداية السنة وتناقص في نهايتها. إلا أن عدد الحالات كان يتضاعف في كل عام ، مما يؤكد أن ظاهرة تعاطي المخدرات في تزايد مستمر وأنها تنتشر بسرعة وبين الفئات المختلفة للمجتمع.


شكل (٢١) يوضح تطور حالات ادمان المخدرات بمستشفى
راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٨٨ - ١٩٩١م
٢٠
٠٠
٨٠
٦٠
٤٠
٢٠
٠
٢١
٥
٥٣
١٠٢
١٩٨٨
١٩٨٩
١٩٩٠
١٩٩١

الفصـل الرابع

منهج الدراسـة

أولاً - عينة الدراسة :

لقد تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية من بين مجموعتين من الشباب في مجتمع الإمارات.

المجموعة الأولى وكانت تضم (٢٩) شابا وشابة من الذين لم يتعاطوا المخدرات ولم تكن لهم أية تجربة سابقة في هذا المجال ، وتم اختيارهم بصورة عشوائية من بين أفراد مجتمع إمارة دبي.

بينما ضمت **المجموعة الثانية** (٦٥) شابا من متعاطي المخدرات ، والذين تواجدوا في فترة الدراسة في سجن دبي المركزي ومستشفى الأمل بدبي والقسم النفسي بمستشفى راشد ومكتب التوقيف بالقيادة العامة لشرطة دبي.

هذا ، وقد بلغ إجمالي عدد أفراد عينة الدراسة (٩٤) فرداً. وفيما يلي جداول تبين خصائص أفراد عينة الدراسة.

١ - مجموعة غير المدمنين :

كانت تضم عددا من الذكور والإناث وبلغ إجمالي عدد أفراد هذه العينة (٢٩) شخصا منهم (٢٢) من الذكور و (٧) من الإناث.

جدول (٣٧)

توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والعمر الزمني

الجنس / العمر		من ١٥ – ٢٠ سنة	من ٢١– ٢٥ سنة	من٢٦ – ٣٠ سنة	من٣١ – ٣٥ سنة	من٣٦ – ٤٠ سنة	العدد الكلي
ذكور	العدد	٦	٧	٤	٣	٢	٢٢
	النسبة ٪	٪ ٢٧	٪ ٣٢	٪ ١٨	٪ ١٤	٪ ٩	٪ ١٠٠
إناث	العدد	–	٤	٢	١	–	٧
	النسبة ٪	–	٪ ٥٧	٪ ٢٩	٪ ١٤	–	٪ ١٠٠

جدول (٣٨)

توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والمهنة

الجنس	المهنة	عسكري	موظف	مدرس	طالب	العدد الكلي
ذكور	العدد	٢	١٢	٢	٦	٢٢
	النسبة ٪	٩ ٪	٥٥ ٪	٩ ٪	٢٧ ٪	١٠٠ ٪
إناث	العدد	–	٦	–	١	٧
	النسبة ٪	–	٨٦ ٪	–	١٤ ٪	١٠٠ ٪

جدول (٣٩)

توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والحالة الإجتماعية

الجنس	الحالة الإجتماعية	أعزب	متزوج	العدد الكلي
ذكور	العدد	١٤	٨	٢٢
	النسبة ٪	٦٤ ٪	٣٦ ٪	١٠٠ ٪
إناث	العدد	٢	٥	٧
	النسبة ٪	٢٩ ٪	٧١ ٪	١٠٠ ٪

جدول (٤٠)

توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والجنسية

الجنس	الجنسية	الإمارات	واندون عرب	العدد الكلي
ذكور	العدد	١٨	٤	٢٢
	النسبة ٪	٨٢ ٪	١٨ ٪	١٠٠ ٪
إناث	العدد	٧	–	٧
	النسبة ٪	١٠٠ ٪	–	١٠٠ ٪

جدول (٤١)

توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والمستوى التعليمي

الجنس	المستوى التعليمي	إبتدائي	إعدادي	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	العدد الكلي
ذكور	العدد	–	٢	٨	١	١٠	١	٢٢
	النسبة ٪	–	٩	٣٦٪	٥٪	٤٥٪	٥٪	١٠٠٪
إناث	العدد	–	–	–	–	٧	–	٧
	النسبة ٪	–	–	–	–	١٠٠٪	–	١٠٠٪

٢ - مجموعة المدمنين :

بلغ إجمالي عدد أفراد هذه العينة (٦٥) شخصاً كلهم من الذكـور.

جدول (٤٢)

توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للجنسية

الجنسية / العدد والنسبة	الإمـارات	بحريني	عماني	سوداني	العدد الكلي
العـدد	٥٩	٢	٠٣	١	٦٥
النسبة ٪	٩١٪	٣٪	٤٪	٢٪	١٠٠٪

جدول (٤٣)

توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للعمر الزمني

العمر / العدد والنسبة	من ١٥–٢٠ سنة	من ٢١–٢٥ سنة	من٢٦ –٣٠ سنة	من٣١ – ٣٥ سنة	من٣٦ – ٤٠ سنة	من ٤١–٤٥ سنة	العددالكلي
العـدد	٢	٣٠	١٧	١٣	٢	١	٦٥
النسبة ٪	٣٪	٤٦٪	٢٦٪	٢٠٪	٣٪	٢٪	١٠٠٪

جدول (٤٤)

توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للحالة الاجتماعية

الحالة الإجتماعية / العدد والنسبة ٪	متـزوج	أعـزب	مطلـق	العدد الكلي
العـــدد	٢٧	٣٥	٣	٦٥
النسبة ٪	٪ ٤٢	٪ ٥٤	٪ ٤	٪ ١٠٠

جدول (٤٥)

توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للمهنـة

الفئة / العدد والنسبة	عسكري	موظـف	تاجـر	طالـب	عاطـل	أعمال حرة	العددالكلي
العـــدد	٢٨	٧	٣	١	١٩	٧	٦٥
النسبة ٪	٪ ٤٣	٪ ١١	٪ ٤	٪ ٢	٪ ٢٩	٪ ١١	٪ ١٠٠

جدول (٤٦)

توزيع أفراد عينة المدمنين تبعاً للمستوى التعليمي

المستوى التعليمي / العدد والنسبة	أمـي	إبتدائي	إعدادي	ثانوي	دبلـوم	جامعي	دراسات عليا	العدد الكلي
العـــدد	٥	١٤	٣٤	٩	٢	١	–	٦٥
النسبة ٪	٪ ٨	٪ ٢١	٪ ٥٢	٪ ١٤	٪ ٣	٪ ٢	–	٪ ١٠٠

جدول (٤٧)

توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا لنوع الإدمان

نوع الإدمان / العدد والنسبة ٪	هيروين	حشيش	مجموعة متنوعة من المخـــدرات	العدد الكلي
العـــدد	٤٨	٦	١١	٦٥
النسبة ٪	٪ ٧٤	٪ ٩	٪ ١٧	٪ ١٠٠

ثانيا - ادوات الدراسة :

١- استبيان استطلاعي حول شخصية المتعاطي، ومدى انتشار الظاهرة من حيث وجهة نظر المتعاطين وغير المتعاطين :

وهو مقتبس من الاستبيان الذي أعده سعد المغربي في دراسته حول ظاهرة تعاطي الحشيش. كما تضمن الاستبيان الخاص بالدراسة الحالية سؤالين حول أسباب التعاطي من وجهة نظر المفحوص ، ومقترحاته حول كيفية التصدي لهذه الظاهرة.

ويتكون هذا الاستبيان من (٢٤) عبارة أمام كل منها احتمالات مختلفة للإجابة ، حتى نعطي المجيب فرصة ليختار الإجابة التي يراها صحيحة. وفي نهاية الاستبيان سؤالين دون إجابة والمطلوب من المفحوصين أن يجيبوا عليهما.

ويكشف هذا الاستبيان عن الجوانب التالية :

-بيانات أولية عامة عن المفحوص.

-مدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطين وغير المتعاطين.

-فكرة المتعاطي عن نفسه وكذلك فكرة غير المتعاطي عنه.

-السمات الأخلاقية عند متعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطين أنفسهم ومن وجهة نظر غير المتعاطين.

-أسباب التعاطي والحلول المناسبة للتصدي للظاهرة من وجهة نظر المتعاطين وغير المتعاطين.

٢- استبيان أسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي :(١)

وقد أعد هذا الاستبيان عبد الله السيد عسكر ، مدرس علم النفس بآداب الزقازيق بجمهورية مصر العربية عام ١٩٨٩م. ويتكون هذا الاستبيان من سؤال واحد هو :

– **لماذا أتعاطى المخدرات؟** ويندرج أسفل هذا السؤال «٣٣» إجابة محددة، تشتمل على معظم الأسباب التي تكون وراء تعاطي المخدرات ، وتنقسم إلى «١٤» سببا معرفيا ، و«١٠» أسباب انفعالية ، و«٩» أسباب بدنية – جنسية. ويختار المفحوص مايراه مناسبا له من بين هذه الإجابات.

وقد تم تطبيق هذا الاستبيان كما هو على عينة المتعاطين للمخدرات. أما بالنسبة لعينة غير المتعاطين فقد تم تحوير عبارات الاستبيان وإعادة صياغته بحيث يتناسب معهم لمعرفة آرائهم حول أسباب التعاطي. ويهدف هذا الاستبيان إلى تحديد حاجات متعاطي المخدرات المعرفية والانفعالية والبدنية الجنسية بحسب مايقرره هو بعيدا عن أخذه في السياق العام لمجموع المتعاطين ، وفي الوقت نفسه يعرفنا بدوافع تعاطي المخدرات لدى كل فئة على حدة مع كشف الفروق الثقافية بين المجموعات.

٣- **اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين:** (٢)

أعد هذا الاختبار Helmreich, Stapp & Ervin من جامعة تكساس بالولايات المتحدة ويحمل هذا الاختبار اسم Texas Social Behaviour In-ventory (TSBI). وقد قام بتعريبه عادل عبد الله محمد ، مدرس علم النفس بكلية التربية بجامعة الزقازيق في جمهورية مصر العربية عام ١٩٩١م.

ويتكون هذا الاختبار من (٣٢) عبارة، أمام كل منها اختيارات خمسة هي ، لاتنطبق إطلاقا، لاتنطبق كثيرا ، تنطبق إلى حد ما ، تنطبق إلى درجة كبيرة ،

---

(١) عبد الله السيد عسكر، استبيان أسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٩م) ص ١.

(٢) عادل عبدالله محمد، تقدير الذات للمراهقين والراشدين (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩١) ص ١٠.

وتنطبق تماما. وعلى المفحـوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليـه وذلك بوضـع علامة (صح) أمام العبارة تحت العمود الذي يتفق معه.

ويركز هذا الاختبار على السلوك الاجتماعي للفرد باعتباره يتأثر بتقديره لذاته. ويهدف إلى تقدير المراهقين والراشدين لذواتهم من خلال هذه المواقف الاجتماعية .

وقد تم تطبيق هـذا الاختبار كما هو على أفراد عينتي المتعـاطين للمخدرات وغير المتعاطين.

٤- مقياس بارون لقوة الأنا :(١)

وضـع هذا المقيـاس (بارون Barron) عام ١٩٥٠ ، وهـذا المقياس مقتبس من اختبار مـانيسوتا المتعدد الأوجـه للشـخصية (MMPI) وأعده للعربيـة علاء الدين كفـافي، مدرس الصحة النفسيـة بتربية الفيوم بجمهـورية مصر العربيـة عام ١٩٨٢.

ويتكون المقيـاس من (٦٤) عبارة ، وعلى المفحـوص أن يؤيد هـذه العبارات أو يرفضـها حسب مايجده في نفسـه وذلك بنعم أو لا.

وللمقياس بـارون لقوة الأنا مهمتـان رئيسيتان ، الأولى هي قياس قـوة الأنا أي قدرته على القيام بوظائفه. والمقصــود بقوة الأنا هو التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا. أما المهمة الثانية لهذا المقياس فهي التنبؤ بمدى نجاح العلاج النفسي ، حيث يمكن التنبؤ من خلال الدرجات على المقياس بمدى فاعلية العلاج وجدواه ، وذلك بناءً على قياس الاختبار لقوة الأنـا الكامنة عند المريض ، وكلما زادت درجـة المريض على المقياس ، زاد احتمال شفائه ، وقصرت مدة العلاج.

وقد تم تطبيق هذا المقياس على أفراد عينتي المدمنين وغير المدمنين.

---

(١) علاء الدين كفافي، مقياس بارون لقوة الأنا (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٢م) ص ٤ – ٥.

ثبات أدوات الدراسة :

تم حساب الاتساق الداخلي للمقاييس المستخدمة في الدراسة بالتجزئة النصفية ، فحسب معامل الارتباط بين الفقرات الفردية والفقرات الزوجية لكل من اختبار تقدير الذات ومقياس قوة الأنا واستبيان أسباب تعاطي المخدرات. فوصلت قيمة الارتباط إلى (٠,٣٦) في اختبار تقدير الذات ، وإلى (٠,٣٥) في مقياس قوة الأنا، وإلى (٠,٥٢) في استبيان أسباب تعاطي المخدرات.

صدق أدوات الدراسة :

أما بالنسبة لصدق الأدوات فقد تم تقدير الصدق الذاتي للاختبارات المستخدمة في الدراسة ، على أساس حساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات كل اختبار وبذلك يكون الصدق الذاتي لاختبار تقدير الذات هو (٠,٦٠)، والصدق الذاتي لمقياس قوة الأنا هو (٠,٥٩) أما بالنسبة لاستبيان أسباب تعاطي المخدرات فهو (٠,٧٢) .

ثالثا - أسلوب المعالجة الاحصائية للبيانات :

للتحقق من فروض الدراسة فقد تم استخدام اختبار(١) T. Test لحساب الدلالة الاحصائية للفروق بين درجات اختبار تقدير الذات عند المدمنين وغير المدمنين وبين درجات مقياس قوة الأنا عند المدمنين وغير المدمنين ، وبين درجات اختبار أسباب تعاطي المخدرات عند المدمنين وغير المدمنين .

---

(١) محمود عبدالحليم منسي، الاحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية، الطبعة الأولى (الكويت: مكتبة الفلاح، ١٩٨٦) ص ٢٧٣.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة

نتائج الدراسة

ينــاقش هذا الجزء من الــدراســة نتائج الــدراســة الميـدانية للتحقق من صــحــة الفــروض ، وذلك من خلال عــرض ومنــاقشة كل فــرض ومــا يتعلق به من نتــائج وتفسـيرها في ضوء النظريات النفسية والبيانات الاحصائية.

وفيما يلي عرض فروض الدراسة ونتائجها :-

أولاً - نتائج الفرض الأول : -

ينص الفــرض الأول على وجــود فروق إحصــائيــة دالة بين متــوسط درجــات المدمنين وغير المدمنين على اختبــار تقديــر الذات لصــالح غير المدمنين عند مستــوى دلالة (٠,٠٥). وقد تحقق هذا الفرض ، حيث أثبتت النتــائج وجود فروق إحصائية دالة بين تقدير الذات عنــد المدمنين وغير المدمنين عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وذلك لصالح غير المدمنين ، فقــد أكدت نتائج الــدراسة أن مستــوى تقدير الــذات عند غير المدمنين يتسم بالواقعيــة والاعتدال بينما كان المدمنون يتسمون بالمبــالغة في تقدير الذات والبعد عن الواقعية.

وهذه النتيجة كــانت متوقعة ، حيث أنه مــن الثابت علميا أن مفهوم الفــرد لذاته وتقديره لها يتأثــر تأثرا مباشرا بنظرة الآخرين إليه ، وبما تحملــه هذه النظرة من تقــدير وحب واحترام ، أو من رفض وإهمال وعــدم قبــول ، وكذلك دور الفــرد في المجتمع ومكــانتــه الاجتماعيــة ووضعــه الاجتماعــي ومــا يترتب على ذلك كلــه من مواجهة المشكلات النفسية والإجتماعيــة ، وتكيفه مع نفسه ومع الآخرين ، كل هذه الأمور لها تأثير مبــاشر في تكوين مفهوم الفــرد لذاته وبــالتالي تقديــره لهذه الذات والتي ستظل تلازمه مــدى الحياة وتترك بصماتها على التركيب النفسي الداخلي لهذا الإنسان.

وسلـوك الإدمـان غير مقبول اجتماعيـا ويـواجـه المدمن بنقد شـديـد من كل المحيطين به ، فيما عدا الجماعة التي ينتمي إليها ويتعـاطي معها المخدر ، وقد يصل الأمر إلى تطبيق العقوبات القانونية عليـه ، إضافة إلى ذلك أن تعاطي المخدرات يؤثر على وعي الفرد ويخفض من مستوى التحليل والنقد الموضوعي لتصرفاته وأفعاله ، مما يؤدى بالتالي إلى عدم الانسجام بين فكرته عن نفسه وتقديره لذاته وبين إدراكه للواقع الفعلي.

وقد بينت نتـائج الدراسـة أن درجات بعض المدمنين على مقيـاس تقديـر الذات كانت أكثر ارتفاعا من درجـات غير المدمنين ، ومن المعروف أن ذوي التقدير المرتفع للذات يتميزون بسمات معينة منها «أنهم يحترمون أنفسهم ويعتبرونها ذات قيمة ، ويشعـرون بالكفـاءة ، ولـديهم شعور بـالانتماء ، كـذلك لـديهم ثقة في مـداركهم وأحكامهم ، ويعتقدون أن باستطاعتهم بذل الجهد بقدر معقول ، وتؤدي اتجاهاتهم المقبـولـة نحـو أنفسهـم إلى قبـول آرائهم والثقـة والاعتـزاز بـردود أفعـالهم واستنتاجاتهم، وهذا يسمح لهم باحترام الأفكار الجديدة.

أما ذوو التقدير المنخفض للذات ، فينقصهم احترام الذات ، ويعتقدون أنه لا قيمة لهم وأنهم غير أكفاء ، كذلك فهـم يسلكون بطريقة تحول دون تقديـرهم إيجابيا من جانب الآخـرين ، ويفتقدون الثقـة بأنفسهم ، ويميلون إلى الحيـاة في ظل الجماعات الاجتماعية مستمعين أكثر منهم مشاركين»(١).

وهذه السمات الأخيرة الخاصـة بذوي التقدير المنخفض للـذات تنطبق أكثر على المدمنين ، وعلى هذا يتضـح لنا أن المدمنين يتسمـون بالمبالغـة أحيانـا في تقديـرهم لذاتهم ويبتعدون في ذلك عن الواقع ، وعموما فإن مستوى تقدير الذات عند المدمنين أقل مما هو عليه عند غير المدمنين.

---

(١) عادل عبدالله محمد، مرجع سبق ذكره، ص ٩٠٨.

ثانيا - نتائج الفرض الثاني :

ينص الفـرض الثاني على وجـود فـروق احصائيـة دالـة بين متوسط درجـات المدمنين وغير المدمنين على مقياس قوة الأنا لصـالح غير المدمنين عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وقد تحقـق هذا الفرض حيـث أثبتت النتائج أن هنـاك فروقـاً ذات دلالة احصـائية بين قـوة الأنا عنـد المدمنين وغير المدمنين عنـد مستوى دلالـة (٠,٠٥) وذلك لصالح غير المدمنين. فقد بينت النتائج أن استجابات غير المدمنيـن على مقياس قوة الأنـا كانت ذات دلالات إيجابية أفضل من استجابـات المدمنين ، وأن الأعراض العصابية التي تشكل الأسـاس الذي تنمو عليه الأمـراض النفسية لم تكن واضحة عند غير المدمنين بعكس المدمنين واختبار قوة الأنا قد أوضح ذلك، ففقرات الاختبار تنقسم إلى فئات هي :

الوظـائف الجسمية والثبات الفسيـولوجي ، وقد بينت استجـابات المدمنين على هذه الفقـرات بأنهم يعانـون من بعض الاضطرابـات الجسمية مثل فقـدان الشهية للطعام ، والأرق ، والشعور بـالتنميل والتخدير في الأطراف ، وهـذه الأعراض من المتوقع أن نلاحظها على المدمنين نتيجة تعـاطيهم للمخدرات ، كما أن إجاباتهم على بقية فقرات الاختبار بينت أنهم يعـانون من اضطرابات عصابية. فـالفئة الثانية من الاستجابات والتي تقيس الضعف أو الوهن النفسي أو مايعرف بالسيكاثينيا ، كانت استجـابات المدمنين عليهـا تعكس مـا يشعرون بـه من ضعف وإنهاك نفسي وميل للعزلة بعكس الحال عند غير المدمنين حيث لم تكن هذه الاستجابات واضحة.

أما بـالنسبة لفقرات الاختبار التي تقيـس الاتجاهات نحو الدين فنجـد أن هناك شعوراً غـالباً بين المدمنين الـذين شملتهم الدراسـة بأن ذنوبهم لن تغتفـر ، وهذه الاستجابة تعكس ضعف الوازع الديني والشعور باليأس.

أما الفقرات التي تقيس الوضـع الخلقي والاحساس بالواقع والكفاية الشخصية والقـدرة على التصرف فإن استجابـة المدمنين عليهـا تعكس الضعف العام في هـذه الجوانب.

وعلى العكس من ذلك، كانت استجابات غير المدمنين على الاختبار أفضل بكثير.

ثالثا - نتائج الفرض الثالث :

ينص الفـرض الثالث على وجـود فـروق احصائيـة دالـة بين متوسط درجـات المدمنين وغير المدمنين على اختبـار أسباب تعـاطي المخـدرات عنـد مستوى دلالـة (٠,٠٥). وقد تحقق هذا الفرض أيضا حيث بينت نتـائج الدراسة أن هناك فروقا واضحة في تحديد أسباب التعـاطي بين المدمنين وغير المدمنين. فقد بينت استجابات المدمنين على هذا الاختبار أن الأسباب المعرفية كانت من الأسباب الرئيسية في اتجاه الشباب للمخدرات ، فنقص المعلومات عـن مخاطر استعمال المخدرات وعدم الوعي بـالأضرار التي تنجم عن سـوء استعمال العقـاقير كـانـت أحـد أهم العـوامل التي شجعت الشبـاب في البـداية على تجربة هذه العقاقير المخـدرة والتي أدت فيما بعد إلى إدمانهم عليها.

أما الأسبـاب النفسية والانفعـالية فقـد احتلت المرتبة الثـانية من حيـث أسباب التعاطـي ، فالمشكـلات النفسية والاجتماعية والأسريـة التي يتعـرض لها الشباب تعتبر في نظـر المدمنين من الأسبـاب الهامـة التي تـدفعهم نحـو المخـدرات والتي يعتبرونها إحدى الحلـول التي تبعدهـم عن الهموم والمشـاكل والمسؤوليـات وهذا يعكس روح السلبية واللامبالاة وعدم القدرة على تحمل المسؤولية عند الشباب.

وقد احتلت الأسبـاب البدنية والجنسية المرتبـة الثالثة من حيث أسبـاب تعاطي المخدرات من وجهة نظـر المدمنين ، فالمعلومات الخاطئـة التي يتبادلها الشباب فيما بينهم عن فـائدة المخـدرات في تقويـة الجسم وزيـادة الطـاقـة وبالأخص الطـاقـة الجنسية وفائدة المخدرات في تنشيط الذاكرة وزيـادة الوعي ، هذه المعلومات كانت إحـدى الأسباب التي يـرى المدمنون أنها دفعتهم وتـدفع غيرهـم من الشباب نحـو تعاطي المخدرات.

أما بـالنسبة لغير المدمنين فقد كـانت الأسباب النفسية والانفعـالية وما يـواجه الشباب من مشكـلات في هذا المجال هي من الأسبـاب الرئيسية التي تـدفع الشباب نحو الإدمان .

أما الأسباب البدنية والجنسية والمعلومات الخاطئة عن فوائد المخدرات كانت في المرتبة الثانية من حيث أسباب التعاطي. وجاءت الأسباب المعرفية وعدم الوعي بمخاطر المخدرات في المرتبة الثالثة.

إن هذا الاختلاف في ترتيب أسباب التعاطي بين المدمنين وغير المدمنين يعكس اتجاهات الشباب نحو الادمان ويفتح المجال لدراسات أكثر عمقا حول اتجاهاتهم والقيم الراسخة في نفوسهم، كما يعطي الفرصة لتحديد الاتجاهات التي يجب اتخاذها في عملية التخطيط لعلاج الإدمان.

رابعاً : نتائج الاستبيان الاستطلاعي حول شخصية المتعاطي :

أما بالنسبة لنتائج الاستبيان الاستطلاعي حول شخصية المتعاطي، ومدى انتشار الظاهرة من حيث وجهة نظر المتعاطين، وغير المتعاطين فقد أثبتت نتائج الدراسة الميدانية أنه بالرغم من إدراك حوالي (٧٤٪) من أفراد عينة المدمنين لسوء تصرفهم وسلوكهم غير السوي المتمثل في تعاطي المخدرات ، إلا أنهم يعتبرون أنفسهم أناسا عاديين وطبيعيين ويعترفون في نفس الوقت بأنهم يتصفون ببعض الصفات السلبية مثل الاهمال واللامبالاة والأنانية والجبن والبعد عن الواقعية وخيانة الأمانة وضعف الذاكرة وضعف القدرة على تحمل المسؤولية وسوء الادراك والسطحية في التفكير ، إلا أن كل هذه الصفات السلبية لاتعني في نظرهم أنهم أناس سيئون بل هم كما يعتقدون أناس طيبون وطبيعيون في كل شيء.

كما أثبتت نتائج الدراسة الميدانية أيضا أن حوالي (٤٨,٣٪) من أفراد عينة غير المدمنين يعتبرون المدمنين لديهم ضعف في البصيرة والادراك وانخفاض في مستوى التحليل والنقد الذاتي لتصرفاتهم ، وأنهم أناس غير طبيعيين وأقل من الناس العاديين وأنهم يعانون من تضخم الذات وغير متوافقين مع الواقع. أما عن أهم سماتهم فإنهم اتفقوا مع عينة المدمنين في تحديد هذه السمات حيث بينت تواترات إجاباتهم على أن المدمنين يتسمون بالسمات السلبية التالية : الاهمال واللامبالاة والأنانية والجبن وعدم القدرة على التركيز والبعد عن الواقعية والخيانة ، وضعف

الذاكرة والعدوانية وضعف القدرة على تحمل المسؤولية وسوء الادراك والسطحية في التفكير.

والجداول التالية توضح تلك السمات من واقع إجابات أفراد العينتين على الاستبيان الاستطلاعي حول شخصية المتعاطي.

العبارة رقم (٨) : تعاطي المخدرات يعتبر شذوذا في نظر متعاطيه : **نعم – لا**

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٤٨	٧٤٪	١٧	٢٦٪	–	–	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	١٢	٤١ر٤٪	١٤	٤٨ر٣٪	٣	١٠ر٣٪	٢٩	١٠٠٪

يتضح لنا من هذا الجدول أن غالبية المتعاطين يرون أن سلوك تعاطي المخدرات يعتبر سلوكا شاذا وسيئا ، بينما نجد أن غير المتعاطين للمخدرات يرون ان المتعاطين لايدركون ذلك حيث أنهم يتعاطون المخدرات بالرغم من الأضرار التي قد تلحق بهم والتي هم لايعونها أصلا وبالرغم من العقوبات التي قد تقع عليهم ، مما يدل على أنهم يتصفون بضعف البصيرة وعدم إدراك سلوكهم وانخفاض مستوى التحليل والنقد الذاتي لتصرفاتهم .

العبارة رقم (٩) : غالبا مايعتقد متعاطي المخدرات أنه شخص : **ممتاز – عادي – أقل من العادي.**

العينة	ممتاز		عادي		اقل من العادي		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٢٠	٣٠ر٨٪	٢٥	٣٨ر٥٪	١٨	٢٧ر٧٪	٢	٣٪	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	١٠	٣٤ر٥٪	٣	١٠ر٣٪	١٢	٤١ر٤٪	٤	١٣ر٨٪	٢٩	١٠٠٪

توضــح نتائج هــذا الجدول أن غالبيــة المتعاطين (٣٨,٥٪) يميلــون إلى الاعتقاد بأنهم أشخاص عــاديون لايقلون عن الآخــرين في شيء ، كما يميل نسبة (٣٠,٨٪) منهم إلى الاعتقــاد بأنهم أنــاس ممتــازون. بينما نجـد أن حــوالي (٤١,٤٪) من غير المتعاطين يرون أن المتعاطين للمخــدرات يعتقدون أنهم أناس غير طبيعيين وأقل من الناس العــاديين. في حين أن (٣٤,٥٪) من غير المتعــاطين يرون أن المتعــاطين لديهم قناعة بأنهم أنــاس لايقلون عن الآخرين إن لم يرتفعــوا عنهم نحو الامتياز. يتضح من تواترات إجــابات المتعاطين للمخدرات أن تقــديرهم لذواتهم مبالغ فيــه، ويؤكد ذلك أيضا رأي (٣٤,٥٪) من أفراد عينة غير المتعاطين.

العبارة رقم (١٠) : متعاطي المخدرات في نظر نفسه عامل طبيعي جدا : نعم – لا

العينــة	نعم		لا		غير مبين		المجمــوع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٤٧	٣ر٧٢٪	١٨	٧ر٢٧٪	–	–	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	١٥	٧ر٥١٪	٩	٣١٪	٥	٥ر١٧٪	٢٩	١٠٠٪

يلاحــظ على نتائج هذا الجدول أن فكــرة المتعاطي عن نفســه أنه شخص عــاقل وطبيعي في سلوكه وتصرفاته ، بالرغم من أن سلوك تعاطي المخدرات يعتبر سلوكا شاذا وتصرفا سيئا في نظر المجتمع. وقد أقرّ المدمنون أنفسـهم بذلك في إجاباتهم على العبــارة رقم (٨)، إلا أن إجابــاتهم على العبــارة الحالية تبين لنــا عدم الانسجــام والتوافق الــذي يعاني منه المتعاطي بين فكــرته عن نفسه وعن الــواقع الفعلي. وهذا يدل على تمردهم على المجتمع (قــد يكون على سلبياتــه أو بعض جوانب إيجابيــاته) وعلى وجود اختــلال في الشـخصية. فكما هــو معروف أن فكرة الشخــص عن نفسـه هي الأساس الذي يبني عليه شخصيته. والمفــروض في الشخصية السوية أن تكون فكرة الشخص عن ذاتــه منسجمة ومتوافقــة مع دوافعه من ناحيــة ومع الواقع من ناحية أخرى ، وإلا حدث الصراع وسوء التوافق. والواقع أن إجابات المتعاطين تبين

أنهم يقومون بإشبـاع حاجاتهم وإرضاء ذواتهم عن طـريق المخدرات بغض النظر عن الواقع الفعلي للحياة الذي يتطلب منهم أن يواجهوه ويحاولوا التكيف معه وعدم الهروب منه.

أما إجابات غير المتعاطين فإنها تكشف أيضا عن عدم التوافق النفسي الذي يعاني منـه المدمنين، فقـد أوضـح (٥١,٧) من أفـراد عينـة غير المتعـاطين أنهم يـرون أن المدمنين يعتبرون أنفسهم عـاقلين وطبيعيين جدا. وهـذه الإجابـات التي تكشف عن تلك الذات الراضية عن نفسها وعما يصـدر عنها من سلوك على الدوام إنما تدل على تضخم صورة الذات لدى هؤلاء المدمنين وعدم إتساقهـا مع الواقع. ومما يؤكد هذه النتيجة هو إجابات المدمنين وغير المدمنين على العبارة التالية.

العبارة رقم (١١) : تعاطي المخـدرات يجعل الشـخص : **متواضعـا جدا – مغرورا – عادياً.**

العينة	متواضع جدا		مغرور		عادي		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٢١	٣٢,٣٪	١٨	٢٧,٧٪	٢٥	٣٨,٥٪	١	١,٥٪	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	٩	٣١٪	٣	١٠,٣٪	٧	٢٤٪	١٠	٣٤,٥٪	٢٩	١٠٠٪

يلاحظ على إجـابات المتعاطين أنهم يميلـون إلى اعتبار أنفسـهم أناسـا عاديين في تصرفاتهم وحياتهم إن لم يرتفعوا نحـو التواضع الشديد. ونسبة (٢٧,٧٪) منهم اعتبروا أنفسـهم مغرورين.

أما غير المتعـاطين فبالـرغم من أن نسبة كبيرة منهـم لم تبين رأيها، إلا أن نسبة (٣١٪) منهم بينت أن تعاطي المخدرات يجعل الشـخص متواضعـا جدا بينما (٢٤٪) منهم يـرون أن المخـدرات لاتغيرّ في الشخص شيئـا وإنما يظل إنسـانا عـاديـا. إن إجابات أفراد العينة تعكس بعدين هامين :

أولاً : ضعف واضح ونقص في المعلومات الأساسية عن المخدرات وتأثيراتها الشديدة الخطورة على الإنسان وعلى سلوكه وتفكيره وإدراكه ، وكذلك على جسمه وعقله.

ويتضح ذلك من إجابات المدمنين وغير المدمنين حيث أن نسبة كبيرة من الفئتين ترى أن المخدرات لاتغير في الانسان شيئا وإنما يظل هذا الإنسان عاديا في سلوكه.

ثانياً : أن عادة تعاطي المخدرات تأصلت في معظم المدمنين خاصة أولئك الذين يتعاطونها منذ فترة طويلة. فمن المعروف أن التعود على التعاطي يتضمن عادات سلوكية مختلفة تتناول جميع مظاهر سلوك الإنسان ولا تقتصر على جانب واحد من شخصيته فقط، بل تشمل كل جوانب هذه الشخصية ، كما أنها تكسبه أنماطا جديدة في التفكير، وعادات انفعالية معينة وأنماطا حركية جديدة.

وبمرور الزمن وكلما تأصلت عادة التعاطي لدى الشخص تصبح تلك الأنماط الفكرية والانفعالية وغيرها بمثابة عادات ملازمة للفرد أو سمات تطبع سلوكه العام في جوانبه المختلفة ، سواء كان هذا الفرد واقعا تحت حالة التخدير أم كان في حالته الطبيعية. وبما أن آثار المخدرات على الشخص تحط من مستواه عن المستوى السوي ، وحيث أن السلوكيات الجديدة التي اكتسبها من التعاطي تبدأ تتأصل فيه نتيجة التعود والتكرار المستمر لهذه العادة، فإن المتعاطي وخاصة المزمن يتسم باضطراب الإدراك واختلال الفكر الذي يتميز بالذاتية والضحالة والخيال المسرف والبعد عن الواقعية وانخفاض مستوى الكفاية الذهنية ، بالإضافة إلى الاضطراب النفسي الذي يتسم بعدم الاستقرار والتذبذب بين الانفعالية الشديدة واللاانفعالية.

وهذه السمة الأخيرة ستتضح بصورة أكبر في إجابات المتعاطين على العبارات التالية والتي ستوضح أيضا أهم السمات التي يتسم بها المتعاطين سواء من خلال إجاباتهم أو إجابات غير المتعاطين.

العبارة رقم (١٢) : متعاطي المخدرات غالبا : **شخص ينسى الـوعد – يفي بالوعد – لا يهتم حتى لو تذكر وعده.**

العينة	ينسى الوعد		يفي بالوعد		لا يهتم حتى لو تذكر وعده		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	١٥	٪٢٣	١٨	٪٢٨	٣٢	٪٤٩	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	١	٪٣.٤	–	–	٢٠	٪٦٩	٨	٪٢٧.٦	٢٩	٪١٠٠

يلاحظ على نتـائج هذا الجدول أن إجـابات المدمنين أنفسـهم بـالإضافـة إلى إجابات غير المدمنين تؤكد أن المدمن يمتاز بسمات، منها : اللامبالاه والإهمال ، ومما يؤكد ذلك هو إجابات أفراد العينتين على العبارتين رقم: **(٢٠) و (٢٣).**

ففي العبارة رقم (٢٠) والتي تنص على أن تعاطـي المخدرات يجعل الشخص: **عنيدا – متساهلا – لا يهتم بشيء.**

كانت الاجابات كما يلي:

العينة	عنيد		متساهل		لا يهتم بشيء		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٢٣	٪٣٥	٢٤	٪٣٧	١٨	٪٢٨	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطون	٤	٪١٤	٣	٪١٠.٣	٢١	٪٧٢.٣	١	٪٣.٤	٢٩	٪١٠٠

أما العبارة رقم (٢٣) والتي تنص على: غالبـاً ماينسى متعـاطي المخدرات واجباته: **نعم – لا.**

كانت الإجابات كما يلي:

العينـــة	نعـــــم		لا		غير مبيـــن		المجمـــــوع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطــون	٤٨	٪٧٤	١٧	٪٢٦	–	–	٦٥	٪١٠٠
غيرمتعاطون	٢٧	٪٩٣.٢	٢	٪٦.٨	–	–	٢٩	٪١٠٠

يــلاحظ على إجابــات أفراد العينتين في الجدولين الســابقين أنها تؤكـد على نفس السمة التي أكدت عليها إجاباتهم على **العبارة رقم (١٢)** وهي الإهمال واللامبالاه ، فقد أجاب (٣٧ ٪) من المدمنين على **العبارة رقم (٢٠)** بأن الإدمان يجعل الشخص متســاهــلا في كل شيء في حياتــه ، بينما أجــاب (٧٢,٣ ٪) من غير المدمنين على نفس العبارة بأن الإدمان يجعل الشخص غير مهتم بشيء ويجعله إنسانا سلبيا.

أمــا العبــــارة رقم (٢٣): فقــد اتفق (٧٤٪) من المدمنين و (٩٣,٢ ٪) من غير المدمنين على أن الإدمان يجعل الشخص ينسى واجباته.

هــذه السمات السطحيــة التي اتفق عليهــا المدمنــون وغير المدمنين، يــرى علماء النفس أنها ترجع إلى سمة أســاسية توجد في شخصية الإنســان، وأن هذا السلوك الصـادر منــه ما هو إلاّ انعكاس لتلك السمــة الأساسية ، وفي هذه الحالــة فإن السمة الأولية أو الأساسية في شخصية المدمن هي السلبية والاستهتار .

العبارة رقم (١٣) : كثيرا ما يضحي متعاطي المخدرات بواجباته العائلية في سبيل تحقيق مزاجه : **نعم – لا**

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٤٥	٪٦٩	٢٠	٪٣١	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	٢٧	٪٩٣,٢	١	٪٣,٤	١	٪٣,٤	٢٩	٪١٠٠

إن إجابات أفراد عينة الدراسة سواء من المدمنين أو غير المدمنين تبين أن من السمات التي يتميز بها المدمن هي الأنانية.

فقد اتفق على ذلك (٦٩ ٪) من المدمنين و (٩٣,٢٪) من غير المدمنين . وهذه السمة تعكس عدم النضج الانفعالي الذي يعاني منه المدمنين.

أما العبارتان (١٤) و(٢٢) واللتان تنصان على ما يلي :–

العبارة رقم (١٤): متعاطي المخدرات غالبا شخص: **شجاع – متزن – جبان.**

العينة	شجاع		متزن		جبان		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	١٣	٪٢٠	٢٥	٪٣٨,٥	٢٦	٪٤٠	١	٪١,٥	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	١	٪٣,٤	١	٪٣,٤	٢٢	٪٧٦	٥	٪١٧,٢	٢٩	٪١٠٠

العبارة رقم (٢٢) : متعاطي المخدرات شخص يخاف كثيراً نعم – لا

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٤٣	٪٦٦	٢٢	٪٣٤	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	٢١	٪٧٢.٤	٥	٪١٧.٢	٣	٪١٠.٣	٢٩	٪١٠٠

من تواتر الإجابات الواردة بالجدولين السابقين نستطيع أن نتبين أن سمة الجبن هي من أحد السمات التي يتميز بها متعاطي المخدرات، وذلك كما تبين لنا من إجابات المدمنين أنفسهم وغير المدمنين ، حيث يرى (٤٠٪) من المدمنين و (٧٦٪) من غير المدمنين أن متعاطي المخدرات شخص جبان ، وكذلك يرى (٦٦٪) من المدمنين و (٧٢,٤ ٪) من غير المدمنين أن متعاطي المخدرات شخص يخاف كثيرا. وسمة الجبن هذه تعكس ضعف الشخصية لدى متعاطي المخدرات ، ومعاناته من قلق انفعالي.

العبارة رقم (١٥): يفكر متعاطى المخدرات في المشاكل بدرجة: عميقة – سطحية – لايهتم.

العينة	عميقة		سطحية		لا يهتم		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٢٥	٪٣٨.٥	١٧	٪٢٦.١	٢٣	٪٣٥.٤	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	٢	٪٧	٣	٪١٠.٣	٢٣	٪٧٩.٣	١	٪٣.٤	٢٩	٪١٠٠

العبارة رقم (٢٤): متعاطي المخدرات غالباً مـايكون شاذاً في أفكاره وتصرفاته نعم – لا.

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٤٩	٪٧٥	١٦	٪٢٥	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	٢٦	٪٩٠	٢	٪٦.٨	١	٪٣.٤	٢٩	٪١٠٠

إن إجـابات أفـراد العينتين على العبـارتين السـابقتين تعكس عـدم النضـج العقلي لمدمني المخدرات ، فمن إجابـات المدمنين على العبارة رقم (١٥) نجد أن (٣٨,٥٪) منهم يرون أن متعاطي المخدرات يفكر بـدرجة عميقة ، وهذا يدل على سوء إدراكهم وضعف قـدرتهم على تحليل مـا يحدث لهم مـن اختـلال في التفكير عنـد تعـاطيهم للمخدرات.

أما غير المتعاطين فإن (٧٩,٣٪) منهم يرون أن متعاطي المخدرات لا يهتم بشيء ، وهذا يدل على السطحية وعدم الدقة.

أما العبارة رقم (٢٤) : تبين أن المدمنين وغير المدمنين يتفقون على أن متعاطي المخدرات شاذ في أفكاره وتصرفاتـه فقد أجاب على ذلك بالإيجاب نسبة (٧٥ ٪) من المدمنين ونسبة (٩٠٪) من غير المدمنين.

وإجاباتهم هذه تؤكد ما سبق ذكره من عدم النضج العقلي لمدمني المخدرات.

أما السمات الأخرى التي يتصف بها المدمنون والتـي يمكن ملاحظتها من خلال تواتـرات إجابـاتهم على العبارات التـالية فهي بحسب ترتيب العبـارات التي سيتم عرضـها فيما يلي : البعـد عن الواقعية وكانت تلـك السمة ظاهرة من خـلال إجابات المدمنين وغير المدمنين على العبارة رقم (١٦) والتي تنص على ما يلي :–

العبارة رقم (١٦) : متعاطي المخدرات شخص واقعي – خيالي

العينة	واقعي		خيالي		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٢٣	٣٥.٤٪	٤٢	٦٤.٦٪	–	–	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	١	٣.٤٪	٢٧	٩٣.٢٪	١	٣.٤٪	٢٩	١٠٠٪

فقد أكد (٦٤,٦٪) من المدمنين و(٩٣,٢٪) من غير المدمنين ذلك. والسمة التالية هي خيانة الأمانة وتتضح من خلال إجابات أفراد العينتين على العبارة التالية:

العبارة رقم (١٧):من السهل على متعاطي المخدرات أن يخون الأمانة نعم – لا

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٤٧	٧٢٪	١٨	٢٨٪	–	–	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	٢٨	٩٦.٦٪	–	–	١	٣.٤٪	٢٩	١٠٠٪

حيث نجد أن (٧٢٪) من المدمنين و (٩٦,٦٪) من غير المدمنين كانت إجاباتهم مؤيدة لهذه السمة.

أما بالنسبة لسمة النسيان وضعف الذاكرة، فكانت إجابات أفراد العينتين على العبارة رقم (١٨) كالتالي:

العبارة رقم (١٨): متعاطي المخدرات شخص كثير النسيان نعم – لا

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٥٢	٪٨٠	١٣	٪٢٠	–	–	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	٢٣	٪٧٩,٣	١	٪٣,٤	٥	٪١٧,٢	٢٩	٪١٠٠

حيث يتضح لنا أن (٨٠٪) من المدمنين و (٧٩,٣٪) من غير المدمنين يؤكدون أن المدمن شخص يتسم بكثرة النسيان وضعف الذاكرة.

أما العبارة رقم (١٩): فقد أظهرت اختلافا في الرأي بين المدمنين وغير المدمنين على تحديد إحدى سمات المدمن وهي إن كان عدوانيا أم متساهلا ومسالما.

والعبارة رقم (١٩) تنص على : أن متعاطي المخدرات كثير التسامح : **نعم – لا.**

وكانت إجابات أفراد العينتين كالتالي :

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٥٣	٪٨١	١١	٪١٧	١	٪٢	٦٥	٪١٠٠
غير متعاطين	١٠	٪٣٤,٥	١٤	٪٤٨,٣	٥	٪١٧,٢	٢٩	٪١٠٠

يتضح من إجابات أفراد العينتين أن (٨١ ٪) من المدمنين يرون أن المدمن شخص طيب متسامح ، بينما (٤٨,٣٪) من غير المدمنين يرون أن المدن شخص عدواني لا يعرف التسامح.

أما **العبارة رقم (٢١)** والتي تنص على: أن متعاطي المخدرات شخص يتحمل المسؤولية : **نعم – لا .**

فان الإجابات عليها كانت كما يلي :–

العينة	نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متعاطون	٢٧	٤١٪	٣٧	٥٧٪	١	٢٪	٦٥	١٠٠٪
غير متعاطين	–	–	٢٨	٩٦,٦٪	١	٣,٤٪	٢٩	١٠٠٪

ويتضح من إجابات أفراد عينة المدمنين أن (٥٧٪) منهم يعترفون بأن المدمن لا يتحمل أية مسؤوليات – في حين أجمع على ذلك غالبية غير المدمنين ، حيث يرى (٩٦,٦٪) منهم أن المدمن يتصف بالسلبية تجاه الأمور التي تواجهه في حياته وليس لديه أي استعداد لتحمل المسؤوليات ، ولذا فإنه يهرب منها عن طريق تخدير نفسه وحواسه بتعاطيه للمخدرات التي توحي له بأنها تنقله إلى عالم خال من المشاكل والمسؤوليات والالتزامات.

خامساً - نتائج استطلاع آراء المدمنين وغير المدمنين حول أسباب التعاطي والحلول المقترحة:

أما بالنسبة للدراسة الاستطلاعية التي تمت حول أهم أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المدمنين أنفسهم ومن وجهة نظر غير المدمنين ، فقد بينت هذه الدراسة ما يلي : –

أ- أهم أسباب الإدمان من وجهة نظر المدمنين :

١- رفاق السوء ، وقد اتفق على هذا السبب (٦٦ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٢- الفراغ ، وقد اتفق على هذا السبب (٥١ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٣- السفر دون رقابة الأهل ، وقد اتفق على هذا السبب (٤٦ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٤- المشكلات الأسرية، وقد اتفق على هذا السبب (٣٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٥- إهمال الأسرة للأبناء.

- وفرة المال في أيدي الشباب.

- المشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية للشباب.

وقد أشار إلى هذه الأسباب (٢٢ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٦- عدم إعطاء المدمن فرصة العمل بعد العلاج.

وأشار إلى هذا السبب (١٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٧- المردود المادي والتمتع بالمخدر ، وقد أشار إليهما (١٢ ٪) من أفراد الدراسة.

٨- الرغبة في التجربة وطبيعة مرحلة الشباب ، وقد أشار إليها (١١٪) من أفراد عينة الدراسة.

٩- انتشار أفلام العنف والمخدرات.

- عدم الوعي بمخاطر المخدرات والمعلومات الخاطئة عنها.

- سهولة الحصول على المخدرات.

وقد أشار إلى هذه الأسباب (٩ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

١٠- غياب الأب المستمر عن الأسرة.

- ضعف الوازع الديني.

- كثرة الوافدين من المستويات الثقافية المتدنية.

وقد أشار إلى هذه الأسباب (٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

ب – أهم أسباب الإدمان من وجهة نظر غير المدمنين :

١ – الفراغ ، وقد أجمع على ذلك (٧٦ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٢ – إهمال الأسر لأبنائها وسوء التربية ، وقد أجمع على ذلك (٦٢ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٣ – وفرة المال في يد الأبناء.

– أصدقاء السوء.

وقد أجمع على هذه الأسباب (٥٩ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٤ – المشاكل والأزمات العائلية ، وقد أجمع على ذلك (٥٢ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٥ – نقص الوعي بمخاطر المخدرات ، وقد بين ذلك (٤١ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٦ – الابتعاد عن تعاليم الدين ، وقد أشار إلى ذلك (٣٤ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٧ – السفر بدون الأهل ، وقد أشار إلى ذلك (٢٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٨ – التقليد.

– البرامج الإعلامية الهابطة.

– الطبقية في المجتمع.

وقد أشار إلى هذه الأسباب (٢١ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٩ ـ توفر المشروبات الكحولية والمخدرات وسهولة الحصول عليها.

- زيادة أعداد الوافدين والعمالة الأجنبية من المستويات الثقافية المتدنية.

- المشاكل النفسية والاجتماعية للشباب.

- وقد أشار إلى هذه الأسباب (١٧ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

١٠- الأحكام غير الرادعة على تجار المخدرات.

- نقص روح المسؤولية لدى فئة من الشباب وضعف مستواهم التعليمي والثقافي.

- ضعف الرقابة على مداخل الدولة وعلى الداخلين من المواطنين ومواطني دول مجلس التعاون.

وقد أشار إلى هذه الأسباب (١٤ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

أما بالنسبة للدراسة الاستطلاعية حول أهم الحلول والمقترحات من وجهة نظر المدمنين أنفسهم ومن وجهة نظر غير المدمنين فقد بينت هذه الدراسة ما يلي:-

أ - من وجهة نظر المدمنين أنفسهم :

١ - إعطاء المدمنين فرصة العمل بعد العلاج.

- إنشاء مراكز لتدريب الشباب على الأعمال اليدوية لسد وقت الفراغ لديهم وتعليمهم حرفة يعملون بها.

وقد بين ذلك (٢٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٢ - توعية الشباب بمخاطر الإدمان لوقايتهم ، وقد بين ذلك (٢٥ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٣ - علاج المدمن نفسيا وطبيا.

- العمل على زيادة الوعي الديني بين الشباب بهدف خلق وازع داخلي لمواجهة المخدرات.

- تشديد العقوبة والحكم بالإعدام على تجار المخدرات.

وقد بين ذلك (٢٣ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٤ - إعداد برامج لتوعية الأهل حول كيفية رعاية الأبناء ، وقد أشار إلى ذلك (٢٠٪) من أفراد عينة الدراسة.

٥ - إتاحة الفرصة للشباب الذين تمت معالجتهم من الإدمان لتحسين وضعهم الإجتماعي والاندماج في المجتمع من جديد.

- إعادة النظر في الأساليب العلاجية المتبعة في المستشفيات لعلاج المدمنين.

- تخصيص مراكز خاصة ذات إمكانيات عالية لعلاج حالات الإدمان.

وقد أشار إلى تلك الحلول (١٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

ب ـ من وجهة نظر غير المدمنين :

١ - نشر التوعية عن مخاطر المخدرات ، وقد أجمع على ذلك (٧٦ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٢ - تطبيق عقوبة الإعدام لتجار المخدرات ، وقد أجمع على ذلك (٤٨ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٣ - شغل وقت الفراغ لدى الشباب بما هو مفيد لهم وللمجتمع ، وقد بين ذلك (٤١ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٤ - مراقبة الأبناء ومتابعتهم من قبل أولياء الأمور، وقد بين ذلك (٣٤ ٪) من أفراد عينة الدراسة.

٥ - تشديد الرقابة على منافذ الدولة ، وقد أشار إلى ذلك (٣١ ٪) من أفراد عينة

٥ – تشديد الرقابة على منافـذ الدولة ، وقد أشار إلى ذلك (٣١ ٪) من أفراد عينة الدراسـة.

٦ – التركيز على نشر الوعي الديني بين الشبـاب، وقد أشار إلى ذلك (٢٨ ٪) من أفراد عينة الدراسـة.

٧ – منع الشبـاب من السفـر دون إذن الأهل ، وقـد أشـار إلى ذلك (٢٤ ٪) من أفراد عينة الدراسـة.

٨ – إنشاء مصحات علاجية متخصصة لعلاج حالات الادمان.

– الحد من العمالة الـوافدة لإعطاء الفـرصة للشبـاب للحصول على عمل حتى ولو كان بسيطا وتشجيعهم عليه.

وقد أشار إلى تلك الحلول (١٧ ٪) من أفراد عينة الدراسـة.

٩ – إيجاد جهات تحل مشكلات الشباب العائلية والاجتماعية والاقتصادية.

– تشجيع الشباب على إتمام دراستهم وحل المشكلات التي تحول دون ذلك.

– تحديد مصروفات الشباب ، ومتابعة أساليب إنفاقها.

وقد أشار إلى تلك الحلول (١٤ ٪) من أفراد عينة الدراسـة.

سادساً - أبرز ملامح مشكلة المخدرات في دولة الإمارات :

١ - إن عدد تجار المخدرات وضحاياهم من المدمنين في تزايد مستمر.

٢ - تعتبر إمارة دبي من أكثر الإمارات التي تضبط فيها المخدرات.

٣ - كان الآسيويون يحتلون المرتبة الأولى في جرائم المخدرات وذلك حتى عام ١٩٨٧م، ويليهم الإماراتيون ثم الجنسيات العربية ، إلا أنه ابتداء من عام ١٩٨٨م أصبح المواطنون هم الذين يحتلون المرتبة الأولى في جرائم المخدرات وتراجع الآسيويون إلى المرتبة الثانية، واحتل العرب من جنسيات مختلفة المرتبة الثالثة.

٤ - معظم المتورطين في قضايا المخدرات من المواطنين يقعون في الفئة العمرية من ١٨ - ٢٧ سنة، كما أن أعدادهم بدأت تتزايد في الفئة العمرية من ٢٨ - ٣٧ سنة ابتداء من عام ١٩٨٨م.

٥ - أكثر الجنسيات تورطا في قضايا المخدرات بالترتيب هم المواطنون، الإيرانيون، بدون جنسية، الباكستانيون.

٦ - اكثر الفئات المهنية المتورطة في قضايا المخدرات هي :

فئة أصحاب الأعمال الخاصة ، فئة العسكريين ، فئة العاطلين عن العمل ، فئة الطلاب ، فئة أصحاب تأشيرات المرور والزيارة ثم فئة الموظفين الحكوميين.

٧ -أكثر الفئات تورطاً في قضايا المخدرات من المواطنين هم فئة العسكريين في المرتبة الأولى ثم فئة العاطلين عن العمل ثم فئة الطلاب ثم أصحاب الأعمال الخاصة وأخيرا الموظفين الحكوميين.

٨ -معظم متعاطي ومدمني المخدرات هم من المواطنين ، أما بالنسبة لإحراز

المخدرات فان غـالبية الذين يحرزون المخدرات هم الآسيويـون ، وبالنسبة لتجار المخـدرات فالغالبية العظمى أيضـا من الآسيويين يليهم المواطنين ثم الوافـدين العرب ثم الأفـارقة. إلا أنه بمقـارنة الجنسيـات الثلاث الأخيرة بالآسيويين فإن الآسيويين يتفوقون عليهم في العدد.

٩ – أعداد المدمنين في المستشفيات في ازدياد مستمر.

١٠ – غالبيـة الحالات التي تعالج في المستشفيـات من المواطنين ، وغالبيتهم من مدمني الأفيون ومشتقاته كالهيروين والكوكايين والمورفين.

١١ – نسبة المدمنين في أحـد مستشفيات الدولـة بلغت في عام ١٩٨٣، (١٠,٦٪) من إجمالي عـدد المرضى المترددين على المستشفى والـذين بلغ عـددهم (١٠٠٨) مريض من الجنسين ، في حين كانت نسبة المدمنين حوالي (٥,٣٪) من إجمالي عدد المرضـى والذين بلغ عددهـم (٦٧٩) وذلك في عام ١٩٧٦م وهذا يعني أن نسبتهم قد تضاعفت عدة مرات خلال الأعوام التالية.

التوصيات

التوصيات :

في ضوء ماتوصلت إليه الدراسة من نتائج ميدانية، تم استخلاص التوصيات التالية:

١ – تشكيل لجنة فنية متخصصة تضم ممثلين من كافة المؤسسات الحكومية والخاصة والجمعيات ذات النفع العام والتي لها علاقة بالمشكلة، للعمل كفريق متكامل لرسم السياسة العامة لمكافحة المخدرات على مستوى الدولة.

٢ – تكثيف التوعية الإعلامية والتخطيط لحملات توعية مبرمجة من خلال أجهزة الإعلام المختلفة وذلك لإبراز أبعاد المشكلة، والوقوف على مخاطر تعاطي المخدرات، واستعمال العقاقير المخدرة.

٣ – تضمين المناهج الدراسية بموضوعات تتعلق بمخاطر استعمال المخدرات، وإبراز آثارها السلبية على الفرد والمجتمع.

٤ – تنظيم الندوات والحلقات النقاشية لإلقاء الضوء على أهم الأسباب المؤدية لتعاطي المخدرات، وطرح الحلول الإجرائية المناسبة للتصدي لجميع جوانب المشكلة.

٥ – العمل على استحداث مراكز للإرشاد والتوجيه النفسي والاجتماعي للمساهمة في تقديم الاستشارات النفسية والاجتماعية لكافة أفراد المجتمع.

٦ – إعادة النظر في الأساليب العلاجية المتبعة مع حالات الإدمان، وإعداد الكوادر الفنية المتخصصة لوضع وتنفيذ البرامج الشاملة لعلاج حالات الإدمان.

٧ – العمل على إنشاء مركز متخصص لعلاج وإعادة تأهيل المدمنين.

٨ – العمل على سن قانون خاص لعلاج المدمنين، وتوفير الرعاية اللاحقة لهم، وإعادة اندماجهم في المجتمع.

٩ – المطالبة بتطبيق أشد وأقصى العقوبات، وبشكل علني على تجار ومروجي المخدرات.

١٠ – تشديد الرقابة على منافذ الدولة واستخدام أحدث الأجهزة في مجال كشف المخدرات في الموانىء البرية، والبحرية، والجوية.

١١ – تنظيم دورات متخصصة لضباط مكافحة المخدرات وموظفي الجمارك بالدولة لتعريفهم بأحدث أساليب تهريب المخدرات، وكيفية مكافحتها.

١٢ – تكثيف برامج التوعية بأخطار المخدرات لفئات العسكريين، وفرض العقوبات الصارمة في حالة تعاطي المخدرات بين هذه الفئات.

مراجع الدراسة

المراجع

أولاً – الكتب والدراسات:

١ – أحمد عكاشة، **الطب النفسي المعاصر**، الطبعة السابعة (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨م).

٢ – روبرت ل. ديبونت، **العقاقير المؤدية للإدمان، (دليل العائلة)**، ترجمة وليد الترك ورياض عوض (الأردن: مركز الكتب الأردني، ١٩٨٩م).

٣ – سامي عياد، **دراسة احصائية عن حالات الإدمان الواردة لمستشفى راشد من ٧٦ – ١٩٨٣م** (دبي: دراسة غير منشورة ١٩٨٤م).

٤ – سعد المغربي، **ظاهرة تعاطي الحشيش، دارسة نفسية اجتماعية**، الطبعة الثانية (بيروت: دار الراتب الجامعية، ١٩٨٤م).

٥ – عادل عبدالله محمد، **اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين** (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩١م).

٦ – عبدالحكيم العفيفي، **الإدمان**، الطبعة الأولى (القاهرة: الزهراء للإعلام العربي، ١٩٧٦م).

٧ – عبدالرحمن محمد عيسوي، **سيكولوجية الشباب العربي**، (الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٥م).

٨ – عبدالرحمن مصيقر، **الشباب والمخدرات في دول الخليج العربية**، الطبعة الأولى (الكويت: شركة الربيعان للنشر والتوزيع، ١٩٨٥م).

٩ – عبدالرؤوف ثابت، **الطب النفسي المبسط**، الطبعة الثانية (القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦م).

١٠ – عبدالله السيد عسكر، **استبيان اسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي** (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٨٩م).

١١ – عبدالمجيد سيد أحمد منصور، **الإدمان أسبابه ومظاهره الوقاية والعلاج** (الرياض: مكتبة الطالب الجامعي، ١٩٨٩م).

١٢ – علاء الدين كفافي، **مقياس بارون لقوة الأنا** (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٢م).

١٣ – محمود عبدالله منسي، **الاحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية**، الطبعة الأولى (الكويت: مكتبة الفلاح، ١٩٨٦م).

١٤ – مركز أبحاث مكافحة الجريمة بالرياض، **المخدرات والعقاقير المخدرة** (الرياض: شركة الطباعة العربية السعودية، ١٩٨٥م).

ثانياً – الاحصائيات:

١ – شرطة دبي، **احصائيات مكتب مكافحة المخدرات من ١٩٨٥م – ١٩٩١م (دبي : ١٩٩١م).**

٢ – مستشفى الأمل، **الاحصائيات السنوية لمستشفى الأمل للأمراض النفسية من ١٩٨٠م – ١٩٩٠م** (دبي: ١٩٩١م).

٣ – مستشفى راشد، **الاحصائيات السنوية لمستشفى راشد من ١٩٨٨م – ١٩٩١م** (دبي: ١٩٩١م).

٤ – وزارة الداخلية، **الاحصائيات السنوية التي تصدرها وزارة الداخلية بدولة الإمارات من ١٩٨٥م – ١٩٨٩م** (دبي: ١٩٨٩م).

ملاحق الدراسة

استبيان ش . ن . غ . ع .

إملأ البيانات التالية من فضلك :

الاسم (اختياري) : ز . ع . م . [illegible]

العمـــر : ١٩ ١٩ ١٧ ، ٢٠

الجنــس : ذكر ذكر ذكر ذكر

الجنسية : مصري مصري مصري مصري

الوظيفـة : طالب طالب طالب طالب

الحالة الاجتماعيـة : أعزب اعزب متزوج أعزب

المستوى التعليمي : عالي عالي منخفض جداً عالي

ثم اقرأ هذه التعليمات باهتمام :

- في الصفحات التالية ستجد عدداً من الاسئلة ، وأمام كل سؤال عدد من الاجابات .
- ضع علامة (✓) أمام الإجابة التي ترى أنها مناسبة .
- أما الإجابات التي ترى أنها غير مناسبة فاتركها دون أية علامة .
- في آخر هذا الاستبيان ستجد سؤالين دون إجابة ، والمطلوب منك أن تقرأهما جيداً ثم تكتب رأيك واقتراحاتك بصراحة .
- حاول أن تجيب على كل الأسئلة .

١ ـ تعاطي المخدرات منتشر بين :

[✓] جميع مستويات الشعب .

[✓] أغلبها .

[ ] مستوى واحد . ([ ] الغنية . [ ] المتوسطة . [ ] الفقيرة .)

[ ] غير منتشر إطلاقا .

٢ ـ نسبة كبيرة من شباب الإمارات يتعاطون المخدرات :

[✓] نعم [ ] لا

٣ – تعاطي المخدرات بدأ ينتشر بين الفتيات :

[ ] نعم ([✓] بنسبة كبيرة . [✓] بنسبة بسيطة . [ ] بنسبة ضئيلة جداً .)

[ ] لا

٤ ـ تعاطي المخدرات مشكلة كبرى في الإمارات :

[✓] نعم [ ] لا

٥ ـ إن بعض زملائي في العمل أو الدراسة يتعاطون المخدرات :

[✓] نعم [✓] لا

٦ ـ بعض أفراد عائلتي يتعاطون المخدرات :

[ ] نعم [✓] لا

٧ ـ سبق لي أن تعاطيت المخدرات بصفة :

[ ] منتظمة [✓] متقطعة [ ] نادراً [✓] لم أتعاطاه مطلقاً

٨ ـ تعاطي المخدرات يعتبر شذوذاً في نظر متعاطيه :

[ ] نعم		[4] لا

٩ ـ غالباً ما يعتقد متعاطي المخدرات أنه شخص :

[4] ممتاز		[4] عادي		[1] أقل من العادي

١٠ – متعاطي المخدرات في نظر نفسه عاقل وطبيعي جداً :

[ ] نعم		[4] لا

١١ ـ تعاطي المخدرات يجعل الشخص :

[ ] متواضعاً جداً		[4] مغروراً		[1] عادياً

١٢ ـ متعاطي المخدرات غالباً :

[ ] شخص ينسى الوعد		[ ] يفي بالوعد		[4] لا يهتم حتى لو تذكر وعد

١٣ ـ كثيراً ما يضحي متعاطي المخدرات بواجباته العائلية في سبيل تحقيق مزاجه :

[4] نعم		[ ] لا

١٤ ـ متعاطي المخدرات غالباً شخص :

[ ] شجاع		[ ] متزن		[4] جبان

١٥ ـ يفكر متعاطي المخدرات في المشاكل بدرجة :

[ ] عميقة		[ ] سطحية		[4] لا يهتم

١٦ ـ متعاطي المخدرات شخص :

[ ] واقعي		[4] خيالي

١٧ ـ من السهل على متعاطي المخدرات أن يخون الأمانة :

نعم [ ] لا [ ]

١٨ ـ متعاطي المخدرات شخص كثير النسيان

نعم [ ] لا [ ]

١٩ ـ متعاطي المخدرات كثير التسامح :

نعم [ ] لا [ ]

٢٠ ـ تعاطي المخدرات يجعل الشخص :

عنيداً [ ] متساهلاً [ ] لا يهتم بشيء [ ]

٢١ ـ متعاطي المخدرات شخص يتحمل المسؤولية :

نعم [ ] لا [ ]

٢٢ ـ متعاطي المخدرات شخص يخاف كثيراً :

نعم [ ] لا [ ]

٢٣ ـ غالباً ما ينسى متعاطي المخدرات واجباته :

نعم [ ] لا [ ]

٢٤ ـ متعاطي المخدرات غالباً ما يكون شاذاً في أفكاره وتصرفاته :

نعم [ ] لا [ ]

٢٥ ـ في رأيك ، ما الذي يدفع الشباب لتعاطي المخدرات في مجتمع كمجتمع دولة الامارات ؟

ا ________________________________

ب ________________________________

ج ______________________________

د ______________________________

هـ ______________________________

و ______________________________

ز ______________________________

ح ______________________________

ط ______________________________

ي ______________________________

ك ______________________________

٢٦ ـ ما هي اقتراحاتك لحل هذه المشكلة ؟

أ [1] لابد ان يأتي حل مشكلة الإدمان من الأعلى (الدولة) ومن واجبها :-

ب م- منع استيراد أي نوع من الإدمان كالتبغ لصناعة السجائر والعمل

ج ب- وضع عقوبات أكثر صرامة لمتعاطي كل أنواع التدخين و

د على رأس ذلك "السجائر"

هـ [2] لابد من وجود فرص عمل ولو بسيطة للشباب حتى لا يتسبب

و وقت الفراغ من اللجوء إلى هذا التعاطي.

(٣) التوعية المستمرة للشباب ليس فقط عن طريق الكلام أو الإعلانات ولكن عن طريق الأفلام المصورة التي تبين مدى خطورة هذا.

(٤) التوعية الدينية هي الأساس الأول والأخير الذي يجعل الشخص من داخله لا يفكرون في ذلك ولا يبدأون يتكونون من الصغر.

* نبكي على الدنيا وتضحك علينا   حتى نفيق من وهم الخيال

شكراً على تعاونك

M. H. A. T. R
Damanhor.

تاريخ التطبيق ١٩ / / ١٢/١٢/٢٠٠٢
٨/٣/٢٠٠٣
٢٤/٤/٢٠٠٥
١/١١/٢٠٠٥

الفهارس

فهرس الجـــداول

الجـــــداول	الصفحة
١ - عدد جـرائم المخدرات ونسبتها من إجمالي عـدد الجرائم بصفة عامة في دولة الإمـارات في الفترة من ١٩٨٥م- ١٩٨٩م.	٥٢
٢ - عدد قضايا المخـدرات في إمارات الدولة في الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٨٩م.	٥٣
٣ - متعاطوا وتجار المخـدرات بالدولة حسـب الجنسيات والإمارة خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٨٩م.	٥٥
٤ - مقارنة بين كميات وأنواع المخدرات المضبـوطة بإمارات الدولة خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٨٨م.	٥٨
٥ - عدد قضـايا المخـدرات المضبوطـة وعدد الأشخـاص المقبوض عليهم في هـذه القضايـا وكمية المخـدرات المضبوطـة في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٩١م.	٦١
٦ - مقارنـة بين كميات وأنواع المخـدرات المضبوطـة في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٩١م.	٦١
٧ - جنسيات وأعمار الأشخـاص المتورطين في قضايـا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م- ١٩٩١م.	٦٤
٨ - مقارنة لأكثر المضبوطين عدداً من خمس جنسيات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩١٩٩١م.	٦٦
٩ - مهن الأشخـاص المتورطين في قضـايـا المخدرات في إمـارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٩١م.	٦٨
١٠ - مهن وجنسيات الأشخـاص المتورطين في قضايـا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م- ١٩٩١م.	٦٩
١١ - أنواع التهم للأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م - ١٩٩١م.	٧٣

١٢ – أنواع التهم وجنسيات الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٩١م	٧٤
١٣ – عدد حالات المرضى المدمنين الذين تمت معالجتهم ونسبتهم إلى بقية الحالات الواردة إلى مستشفى الأمل بدبي خلال الفترة من ١٩٨١م – ١٩٩٠م	٨٠
١٤ – عدد حالات المدمنين الذين تمت معالجتهم عن طريق دخول المستشفى أو عن طريق العيادة الخارجية خلال العامين ٨٩ – ١٩٩٠م.	٨٣
١٥ – عدد حالات المدمنين الذين دخلوا المستشفى عن طريق الشرطة أو عن طريق الأهل أو أنفسهم في الفترة من ١٩٨٩م – ١٩٩٠م.	٨٤
١٦ – حالات الإدمان الواردة إلى مستشفى الأمل حسب نوعية الإدمان في الفترة من ١٩٨٢م – ١٩٩٠م.	٨٥
١٧ – حالات الإدمان الواردة إلى مستشفى الأمل حسب الجنسية في الفترة من ١٩٨١م – ١٩١٩٩٠م.	٨٧
١٨ – حالات الإدمان الواردة إلى مستشفى الأمل حسب فئات العمل خلال الفترة من ١٩٨١م – ١٩٩٠م	٨٩
١٩ – حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٦م حسب الجنسية والعمل والجنس	٩٢
٢٠ – حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٧م حسب الجنسية والعمر والجنس	٩٢
٢١ – حالات إدمان المخدرات الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٨م حسب الجنسية والعمر والجنس	٩٣

٢٢- حـــالات إدمـــان المخـــدرات الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عـام ١٩٧٩م حسب الجنسية والعمر والجنس	٩٣
٢٣ - حـــالات إدمـــان المخـــدرات الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عـام ١٩٨٠م حسب الجنسية والعمر والجنس.	٩٤
٢٤ - حـــالات إدمـــان المخـــدارت الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عـام ١٩٨١م حسب الجنسية والعمر والجنس.	٩٤
٢٥ - حـــالات إدمـــان المخـــدارت الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عـام ١٩٨٢م حسب الجنسية والعمر والجنس.	٩٥
٢٦ - حـــالات إدمـــان المخـــدارت الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عـام ١٩٨٣م حسب الجنسية والعمر والجنس.	٩٥
٢٧ - حـــالات إدمـــان المخـــدارت الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٦م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠١
٢٨ - حـــالات إدمـــان المخـــدارت الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٧م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٢
٢٩ - حـــالات إدمـــان المخـــدارت الـــواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٨م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٢

٣٠ – حـالات إدمـان المخـدارت الـواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٧٩م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٣
٣١ – حـالات إدمـان المخـدارت الـواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٠م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٣
٣٢ – حـالات إدمـان المخـدارت الـواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨١م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٤
٣٣ – حـالات إدمـان المخـدارت الـواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٢م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٤
٣٤ – حـالات إدمـان المخـدارت الـواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال عام ١٩٨٣م حسب الجنسية ونوعية الإدمان.	١٠٥
٣٥ – المصـادر التـي حـولت منهـا حـالات إدمـان المخـدرات إلى مستشفى راشد خلال الفترة من ١٩٧٦م – ١٩٨٣م.	١١٠
٣٦ – عدد حـالات إدمان المخـدرات خلال الفترة من ١/١/١٩٨٨م وحتى ٢٥/١٢/١٩٩١م بمستشفى راشد بدبي.	١١٢
٣٧ – توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والعمر الزمني.	١١٧
٣٨ – توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والعمر والمهنة.	١١٨
٣٩ – تـوزيع أفـراد عينـة غير المدمنين تبعـا للجنس والحالـة الاجتماعية.	١١٨
٤٠ – توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والجنسية.	١١٨

٤١ - توزيع أفراد عينة غير المدمنين تبعا للجنس والمستوى التعليمي.	١١٩
٤٢ - توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للجنسية.	١١٩
٤٣ - توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للعمر الزمني.	١١٩
٤٤ - توزيع أفراد عينة المدمنين تبعا للحالة الاجتماعية.	١٢٠
٤٥ - توزيع أفراد عينة المدمنين تبعاً للمهنة.	١٢٠
٤٦ - توزيع أفراد عينة المدمنين تبعاً للمستوى التعليمي.	١٢٠
٤٧ - توزيع أفراد عينة المدمنين تبعاً لنوع الإدمان.	١٢٠

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل
٥٦	١ – يوضح تزايد أعداد متعاطي المخدرات من شباب الإمارات في الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٨٩م.
٥٩	٢ – يوضح حجم المخدرات المضبوطة في الإمارات في الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٨٨م
٦٢	٣ – يوضح حجم المخدرات المضبوطة في إمارة دبي في الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٩١م.
٦٥	٤ – يوضح الفئات العمرية لمتعاطي المخدرات من المواطنين في إمارة دبي من ١٩٨٦م – ١٩٩١م.
٦٧	٥ – يوضح الجنسيات الخمس الأولى التي تم ضبطها في قضايا المخدرات في إمارة دبي خلال السنوات من ١٩٨٥م – ١٩٩١م.
٧٠	٦ – يوضح مهن الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي في الفترة من ١٩٨٦م – ١٩٩١م.
٧١	٧ – يوضح مهن متعاطي المخدرات من المواطنين في إمارة دبي في الفترة من ١٩٨٦م – ١٩٩١م.
٧٥	٨ – يوضح أنواع التهم للمتورطين في قضايا المخدرات في إمارة دبي في الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٩١م.
٧٦	٩ – يوضح تهم المتورطين في قضايا المخدرات من المواطنين في إمارة دبي في الفترة من ١٩٨٥م – ١٩٩١م.
٨١	١٠ – يوضح تزايد عدد حالات المدمنين الذين تمت معالجتهم في مستشفى الأمل بدبي خلال الفترة من ١٩٨١م – ١٩٩٠م.
٨٢	١١ – يوضح اتجاه حالات الإدمان بين المواطنين الذين تمت معالجتهم بمستشفى الأمل بدبي في الفترة من ١٩٨١م – ١٩٩٠م.

١٢ – يوضح حالات الإدمان الواردة إلى مستشفى الأمل حسب نوعية الإدمان في الفترة من ١٩٨٢م – ١٩٩٠م.	٨٦
١٣ – يوضح جنسيات المدمنين الذين تمت معالجتهم في مستشفى الأمل خلال الفترة من ١٩٨١م – ١٩٩٠م.	٨٨
١٤ – يوضح مهن المدمنين الواردة إلى مستشفى الأمل خلال الفترة من ١٩٨١ – ١٩٩٠م.	٩٠
١٥ – يوضح تطور حالات الإدمان الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد خلال الفترة من ١٩٧٦م –١٩٨٣م.	٩٦
١٦ – يوضح تطور عدد حالات الإدمان بين المواطنين الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٧٦م – ١٩٨٣م.	٩٧
١٧ – يوضح الفئات العمرية لحالات الإدمان الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٧٦م – ١٩٨٣م.	٩٨
١٨ – يوضح الفئات العمرية لحالات الإدمان من المواطنين الواردة إلى قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٧٦م – ١٩٨٣م.	٩٩
١٩ – يوضح نوعية الإدمان لدى المدمنين المترددين على قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٧٦م – ١٩٨٣م.	١٠٦
٢٠ – يوضح نوعية الإدمان لدي المدمنين المواطنين المترددين على قسم الطب النفسي بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٧٦م – ١٩٨٣م.	١٠٧
٢١ – يوضح تطور حالات إدمان المخدرات بمستشفى راشد بدبي خلال الفترة من ١٩٨٨م – ١٩٩٦م.	١١٣

فهرس الموضوعات

الصفحة	المحتويات
٧	مقدمة ....
١١	**الفصل الأول : مدخل الدراسة :**
١٣	- أهمية الدراسة.
١٤	- مشكلة الدراسة.
١٦	- أهداف الدراسة.
١٦	- فروض الدراسة. ....
١٧	**الفصل الثاني : المخدرات والإدمان نظرة عامة :**
١٩	**تعريف الإدمان.** ....
٢٠	**المراحل الأساسية للتعاطي.**
٢٠	١ – المرحلة الأولى. ....
٢١	٢ – المرحلة الثانية. ..
٢١	٣ – المرحلة الثالثة. ....
٢٢	٤ – المرحلة الرابعة. ....
٢٢	**الاتجاهات المفسرة لاستعمال المخدرات.** ....
٢٤	١ – الاتجاه الأخلاقي القانوني. ....
٢٥	٢ – الاتجاه المرضي أو المتعلق بالصحة العامة. ....
٢٥	٣ – الاتجاه النفسي الاجتماعي ....
٢٦	٤ – الاتجاه الاجتماعي الثقافي ....
٢٧	**الأسباب المهيئة لإدمان المخدرات** ....
٢٧	١ – ضعف الشخصية أو اضطرابها ....

٢ - الأسرة المحطمة.	٢٨
٣ - المدرسة.	٢٩
٤ - الإحباطات.	٣١
٥ - البيئة.	٣١
٦ - الفراغ.	٣٢
٧ - المثل الأعلى.	٣٣
- أثر الثقافة الفرعية.	٣٤
٩ - وسائل الضبط الاجتماعي.	٣٤
١٠ - الحضرية.	٣٦
١١ - هجرة العمالة الوافدة.	٣٦
١٢ - التصور الذاتي.	٣٧
١٣ - المعايير السائدة في المجتمع.	٣٨
١٤ - الجماعة المرجعية.	٣٨
أهم أنواع المخدرات	٤٠
١ - الحشيش.	٤٠
٢ - الأفيون.	٤١
٣ - المورفين.	٤٣
٤ - الهيروين.	٤٤
٥ - الكوكايين.	٤٥
٦ - عقاقير الهلوسة.	٤٧
٧ - المذيبات الطيارة.	٤٧

– الفصل الثالث: حجم المخدرات في دولة الإمارات.	٤٩
أولاً – احصائيات وزارة الداخلية	٥٢
ثانياً – احصائيات شرطة دبي	٦٠
ثالثا – احصائيات المستشفيات بإمارة دبي	٧٩
١ – احصائيات مستشفى الأمل	٨٠
٢ – احصائيات مستشفى راشد	٩١
- الفصل الرابع : منهج الدراسة	١١٥
أولاً : عينة الدراسة	١١٧
ثانياً : أدوات الدراسة.	١٢١
ثالثاً : أسلوب المعالجة الاحصائية للبيانات.	١٢٤
- الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.	١٢٥
أولاً : نتائج الفرض الأول.	١٢٧
ثانياً : نتائج الفرض الثاني.	١٢٩
ثالثاً : نتائج الفرض الثالث.	١٣٠
رابعاً : نتائج الاستبيان الاستطلاعي حول شخصية المتعاطي.	١٣١
خامساً : نتائج استطلاع آراء المدمنين وغير المدمنين حول أسباب التعاطي والحلول المقترحة.	١٤٣
سادساً : أبرز ملامح مشكلة المخدرات في دولة الإمارات.	١٤٩
– التوصيات.	١٥١
– مراجع الدراسة.	١٥٥
– الملاحق.	١٥٩
– الفهارس	١٦٧

يعرض هذا الكتاب حقائق وأرقام عن ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب في مجتمع الإمارات، وعن الكميات والأنواع التي يتم مصادرتها من قبل رجال الأمن، وعن جنسيات وأعداد ومهن وأعمار متعاطي وتجار المخدرات، ونسب الزيادة في المخدرات خلال السنوات الخمس الأخيرة في الدولة.

بالإضافة إلى حقائق وأرقام من مستشفيات وأقسام الأمراض النفسية بالدولة عن حالات الإدمان وآراء المدمنين حول الخدمات الطبية التي تقدم لهم.

إن أهم مايميز الدراسة هو أسلوب المقارنة التي تمت بين المدمنين وغير المدمنين لمعرفة تقديرهم لذاتهم وقدرتهم على الاندماج في المجتمع ومواجهة كافة التزاماته ومسؤولياته، ومعرفة الدوافع والأسباب الحقيقية لتعاطي المخدرات.

ويمكن القول أن هذه الدراسة تعتبر محاولة علمية جادة لإلقاء الضوء على جوانب الإدمان عند الشباب في الإمارات وخطوة على درب الاهتمام العلمي بالمدمن كشخص ينبغي علينا معرفة بنائه النفسي والإجتماعي.